Opinion of George Cooper, Q.C., Regarding Canadian Government Funding of the Allan Memorial Institute in the 1950's and 1960's

The text of the opinion of George Cooper, Q.C., is available from Communications and Public Affairs, Department of Justice, Ottawa, Ontario, K1A 0H8, (613) 996-7192.

Opinion released with the authorization of the Honourable John C. Crosbie, Minister of Justice and Attorney General of Canada

May 1986

© Minister of Supply and Services Canada 1986

Cat. No. J2-63/1986

ISBN 0-662-54427-7

TABLE OF CONTENTS

	Page
INTRODUCTION	1.
1. PROCESS: STEPS TAKEN TO LEARN THE FACTS (INTERVIEWS, REVIEW OF FILES, ETC.)	5.
A. Preliminary	5.
B. Problems in digging up information 20-40 years old	7.
C. Limitations to my mandate	8.
D. General comments on the interview and file review process	10.
E. Expert opinions	11.
2. PSYCHIATRIC PROCEDURES IN USE AT THE ALLAN MEMORIAL INSTITUTE FROM 1948-1964	12.
A. General conclusion	12.
B. The intellectual and scientific basis for the procedures of "depatterning" and psychic driving	14.
C. The procedures involved	16.
(1) Depatterning and prolonged sleep	17.
(2) Sensory isolation	18.
(3) Psychic driving	19.
(4) Psychoneurotic and schizophrenic patients	20.
(5) Procedures highly intrusive and intensive	21.
D. The problem of loss of memory	22.
E. Dr. Cameron's assessment of depatterning	23.
F. Psychic Driving - further comments, and Dr. Cameron's assessment	25.
G. The use of drugs - further comments	26.
H. Conclusions on the theoretical basis for and the efficacy of Dr. Cameron's procedures	26.

	Page
3. INVOLVEMENT OF AGENCIES OR DEPARTMENTS OF THE GOVERNMENT OF CANADA IN FUNDING THE AMI	29.
A. National Research Council (NRC) as predecessor to the Medical Research Council (MRC)	29.
(1) No. 290 - Behavioural Laboratory	30.
(2) No. 217 - Reactions of Civilians to Community Disasters	30.
B. Defence Research Board (DRB)	30.
(1) Introduction	30.
(2) The Korean War and "brainwashing"	31.
(3) Sensory deprivation experiments of Dr. Donald O. Hebb	33.
(4) Connection between Hebb's work and Cameron's work	36.
(5) DRB funding of projects at the Allan	37.
C. Department of National Health and Welfare ("H&W")	38.
(1) Introduction	38.
(2) The form and manner of applying for a grant under the Mental Health Grant	39.
(3) Grants to the Allan Memorial Institute	41.
(a) Project No. 604-5-14	43.
(b) Project No. 604-5-432	43.
(4) The method of dealing with Dr. Cameron's grant applications	46.
(5) Progress Monitoring	48.
(6) Conclusions	50.
4. THE CLIMATE OF THE TIMES	51.
A. The background to the National Health Grant System	51.
B. Some Background Data	52.
C. The state of psychiatry and the growth in research after 1948	53.

	Page
5. THE PERSONALITY, CHARACTER, AND PROFESSIONAL ACTIVITIES OF DR. D. EWEN CAMERON, AND AN ASSESSMENT OF THE QUALITY OF HIS WORK	57.
A. Personality, character and professional activities	57.
B. An assessment of Cameron's abilities as a research scientist	63.
(1) General conclusion	63.
(2) The Hawthorne and placebo effects	64.
(3) The background for the general conclusion on Dr.Cameron's abilities as a research scientist	68.
(4) Reservations of psychologists	69.
C. Conclusions on the quality of Dr. Cameron's work and its place in the context of the times	70.
D. Knowledge held by H&W employees as to the quality of Dr. Cameron's research	74.
E. Conclusion on the efficacy and propriety of Dr. Cameron's research, and contemporary reservations	75.
(1) Dr. Omond Solandt	76.
(2) Dr. Robert A. Cleghorn	79.
(3) Dr. F.C. Rhodes Chalke	82.
(4) Dr. Charles A. Roberts	82.
(5) Mr. John Osborne	83.
(6) Dr. Craig Mooney, and Dr. J.W. Fisher	83.
(7) Sir Aubrey Lewis	85.
6. ETHICAL CONSIDERATIONS SURROUNDING THE NATURE AND QUALITY OF DR. CAMERON'S ACTIVITIES, AND THE ISSUE OF PATIENT CONSENT	86.
A. Ethical standards in medical research and experimentation	86.
B. The question of consent	90.

	Page
C. Some developments subsequent to Dr. Cameron's tenure at the Allan in the matters of consent and choice of treatment	91.
(1) The Halushka Case	92.
(2) The "Patient's Rights" Movement	92.
(3) The Helsinki Declaration	93.
(4) Dr. Edmund Pellegrino	93.
(5) Thalidomide	94.
7. THE INVOLVEMENT OF THE CIA	95.
A. General conclusion	95.
B. The context of the times	97.
C. Understanding between Canada and the U.S.	97.
D. The Society for the Investigation of Human Ecology	100.
E. Dr. Cameron's grant application to the SIHE	102.
F. The position of the U.S. government	103.
G. The CIA and Dr. Cameron's research activities	103.
H. Conclusions	112.
8. THE ORLIKOW AND MORROW CASES	113.
A. The Orlikow case	114.
B. The Morrow case	115.
9. LEGAL PRINCIPLES APPLICABLE TO THIS CASE, AND CONCLUSIONS OF LAW	117.
A. Preliminary assumption	117.
B. Legal analysis	118.
C. Conclusion	122.
D. Limitation of Actions or Prescription	122.
E. Civil Law	123.

	Page
10. THE WIDER RESPONSIBILITIES OF GOVERNMENT	123.
A. Further discussion of the "penultimate question" - whether Dr. Cameron's treatments were proper or improper	123.
B. The "ultimate" question -- the Crown's responsiblity	125.
11. FINAL CONCLUSIONS	127.
LIST OF APPENDICES	129.

McINNES COOPER & ROBERTSON

BARRISTERS & SOLICITORS

Donald McInnes, Q.C.
Harold F. Jackson, Q.C.
Harry E. Wrathall, Q.C.
Lawrence J. Hayes, Q.C.
John G. Cooper, Q.C.
James E. Gould
Eric Durnford
Peter McLellan
Linda Lee Oland
Harvey L. Morrison
Thomas E. Hart
Peter M.S. Bryson
Marcia L. Rutlenberg
Deborah K. Smith

COUNSEL:
John H. Dickey, Q.C.

George B. Robertson, Q.C.
Reginald A. Cluney, Q.C.
John M. Davison, Q.C.
Joseph A.F. Macdonald, Q.C.
David B. Ritcey, Q.C.
David H. Reardon, Q.C.
Robert G. Belliveau
W. Wylie Spicer
John D. Stringer
Gregory J. Arsenault
Brian G. Johnston
K. Sara Fillbee
Scott C. Norton
Fae J. Shaw

Lewis A. Bell, Q.C.
Hector McInnes, Q.C.
Stewart McInnes, Q.C.
George T.H. Cooper, Q.C.
Peter J.E. McDonough, Q.C.
George W. MacDonald
Michael I. King
F.V.W. Penick
Christopher C. Robinson
Nicholas A. Pittas
David A. Graves
Gregory H. Crosby
John G. Robinson

TELEPHONE AREA CODE 902
425-6500
TELEX: 019-21859
TELECOPIER: 425-6386
CABLE ADDRESS "McInnes"

P.O. BOX 730
1673 BEDFORD ROW
HALIFAX, CANADA
B3J 2V1
OUR FILE:

May 3, 1986

Dear Mr. Crosbie,

Re: Allan Memorial Institute

Officials of your department advised me a few days ago of your intention to make public my opinion transmitted to you on March 7, 1986. Because of my undertaking to those whom I interviewed in the course of preparing my opinion, to the effect that their names would not be publicly linked with particular passages in my opinion without their consent, I thought it best to speak to all those affected.

I am happy to report that in every case, I have received their consent. In the course of reviewing the particular passages with them, I have incorporated a small number of changes in the text of the opinion. All of these changes are of an editorial nature and none of them alter in any way the substance of what I had been told, or my conclusions thereon.

Yours very truly,

George Cooper

Honourable John C. Crosbie,
P.C., Q.C., M.P.,
Minister of Justice,
House of Commons,
Room 418 N, Centre Block,
Ottawa, Canada
K1A 0A6

GC/mbk

McINNES COOPER & ROBERTSON

BARRISTERS & SOLICITORS

Donald McInnes, Q.C.
Harold F. Jackson, Q.C.
Harry E. Wrathall, Q.C.
Joseph A.F. Macdonald, Q.C.
David B. Ritcey, Q.C.
David H. Reardon, Q.C.
Robert G. Belliveau
W. Wylie Spicer
John D. Stringer
Gregory J. Arseneault
Brian G. Johnston
K. Sara Fibbee
John G. Robinson
Maureen E. Reid
COUNSEL:
John H. Dickey, Q.C.

George B. Robertson, Q.C.
Reginald A. Cluney, Q.C.
John M. Dawson, Q.C.
George T.H. Cooper, Q.C.
Peter J.E. McDonough, Q.C.
George W. MacDonald
Michael I. King
F.V.W. Penick
Christopher C. Robinson
Nicholas A. Pittas
David A. Graves
Marcia L. Ruitenberg
Deborah K. Smith

Lewis A. Bell, Q.C.
Hector McInnes, Q.C.
Lawrence J. Hayes, Q.C.
John G. Cooper, Q.C.
James E. Gould
Eric Durnford
Peter McLellan
Linda Lee Oland
Harvey L. Morrison
Thomas E. Hart
Peter M.S. Bryson
Scott C. Norton
Fee J. Shaw

TELEPHONE AREA CODE 902
425-6500
TELEX: 019-21859
TELECOPIER: 425-6386
CABLE ADDRESS "McInnes"

P.O. BOX 730
1673 BEDFORD ROW
HALIFAX, CANADA
B3J 2V1

OUR FILE: G-1891

10 MAR 86 12 55
RECEIVED
JUSTICE OTTAWA

March 7, 1986

Dear Mr. Crosbie,

Re: Allan Memorial Institute

I transmit herewith my opinion on this matter.

Upon undertaking this assignment, I and officials of your Department determined that this opinion would be subject to the usual solicitor-client privilege. On this understanding, and following discussions on the point with these officials, I gave assurances of confidentiality on behalf of the Department to all those whom I interviewed for purposes of ascertaining the facts on which my conclusions are based. I express the hope that this undertaking will be fulfilled.

Should there be anything further I can do in connection with this matter, by way of clarification or otherwise, I am of course at your disposal.

Yours very truly,

George Cooper

Honourable John C. Crosbie,
P.C., Q.C., M.P.,
Minister of Justice,
House of Commons,
Room 418 N, Centre Block,
Ottawa, Canada
K1A 0A6

GC/mtb
Enclosure

McINNES COOPER & ROBERTSON

BARRISTERS & SOLICITORS

Donald McInnes, Q.C.
Harold F. Jackson, Q.C.
Harry E. Wrathall, Q.C.
Joseph A.F. Macdonald, Q.C.
David B. Ritcey, Q.C.
David H. Reardon, Q.C.
Robert G. Belliveau
W. Wylie Spicer
John D. Stringer
Gregory J. Arsenault
Brian G. Johnston
K. Sara Fitzbee
John G. Robinson
Maureen E. Reid

George B. Robertson, Q.C.
Reginald A. Cluney, Q.C.
John M. Davison, Q.C.
George T.H. Cooper, Q.C.
Peter J.E. McDonough, Q.C.
George W. MacDonald, Q.C.
Michael I. King
F.V.W. Penick
Christopher C. Robinson
Nicholas A. Pittas
David A. Graves
Marcia L. Ruitenberg
Deborah K. Smith
COUNSEL:
John H. Dickey, Q.C.

Lewis A. Bell, Q.C.
Hector McInnes, Q.C.
Lawrence J. Hayes, Q.C.
John G. Cooper, Q.C.
James E. Gould, Q.C.
Eric Durnford, Q.C.
Peter McLellan
Linda Lee Oland
Harvey L. Morrison
Thomas E. Hart
Peter M.S. Bryson
Scott C. Norton
Fae J. Shaw

TELEPHONE AREA CODE 902
425-6500
TELEX: 019-21858
TELECOPIER: 425-6386
CABLE ADDRESS "McInnes"

P.O. BOX 730
1673 BEDFORD ROW
HALIFAX, CANADA
B3J 2V1
OUR FILE:

G-1891

February 26, 1986

The Honourable John Crosbie, P.C. M.P.
Minister of Justice and
Attorney General of Canada
Ottawa, Ontario
K1A OH8

Dear Mr. Crosbie:

You have asked for my opinion on certain matters related to activities carried on at the Allan Memorial Institute ("AMI") in Montreal during the 1950's and 1960's by Dr. D. Ewen Cameron and others, and in particular as to whether in the funding of these activities the Government of Canada did anything or omitted to do anything which might be found to be illegal or improper if an action were brought or a complaint made by one or more former patients at the AMI.

In December, 1980, nine former patients at the AMI brought action against the U.S. Government, claiming damages for injuries suffered by them while under the charge of the AMI and particularly Dr. Cameron. They allege that the Central Intelligence Agency (CIA) funded Dr. Cameron to perform psychiatric "experiments" on them without their consent, resulting in permanent injury. The specific techniques or procedures alleged are massive electro-shocks, psychic driving, drug-induced sleep and the use of controversial chemicals such as lysergic acid diethylamide (LSD). These allegations form the backdrop of publicity and public concern against which my review of the facts underlying this opinion has taken place. The Second Amended Complaint of the nine plaintiffs is attached as Appendix 1. A letter from the plaintiffs' attorney plus enclosures, which sets out the basis of this claim, is attached at Appendix 1A.

As a result of discussions with J.C. Tait, Q.C., Assistant Deputy Minister, Public Law, and M.L. Jewett, Q.C., General Counsel, Constitutional and International Law, I understand you are seeking both an opinion as to the government's potential legal liability, and also an opinion as to whether the government may be under some duty towards the patients of a kind which falls short of legal liability; and, if so, what kind of response might be made by the government to discharge such moral responsibility. This opinion addresses both issues.

My plan will be to address the following points:

(1) the steps I have taken to learn the facts;

(2) conclusions as to what psychiatric procedures were actually used at the AMI under Dr. Cameron and his associates;

(3) the involvement of agencies or departments of the Federal Government in funding the AMI;

(4) the climate of the times during which the work of Dr. Cameron and his associates was carried out;

(5) the personality, character and professional activities of Dr. Cameron, and an assessment of the quality of his work;

(6) a discussion of the ethical considerations surrounding the nature and quality of scientific and medical research and experimentation in the 1950's and early 1960's, both generally and in relation to Dr. Cameron's work, and a comparison with today's standards;

(7) the involvement of the Central Intelligence Agency (CIA);

(8) a discussion of the lawsuits conducted in the Quebec Superior Court in connection with this matter (Orlikow v. The Royal Victoria Hospital and Morrow v. The Royal Victoria Hospital);

(9) a discussion of the legal principles which apply to this case, and conclusions of law;

(10) a discussion of the wider responsibility of the government;

(11) final conclusions.

I have been assisted throughout by Louis B.Z. Davis of the Constitutional and International Law Section of the Department and by Mr. Ron Louisseize, Legal Assistant in the Civil Litigation Section, as well as by members of my firm. The help of all these people has been invaluable. I have also been assisted by Dr. G.L. Nelms, Associate Chief, Research and Development, Department of National Defence; by Dr. Ron Heacock, Director General, Extra-Mural Research Programs Directorate, Health Services and Protection Branch, Department of Health & Welfare; and by Mr. Brian Dickson, Director, Legal Advisory Division, Bureau of Legal Affairs, Department of External Affairs, together with others in each of those Departments. In

particular, I have met with J.H. Taylor, Under-Secretary of State for External Affairs; D.B. Dewar, Deputy Minister of the Department of National Defence; and David Kirkwood, Deputy Minister of the Department of Health and Welfare. From all of these individuals I have received the fullest cooperation.

1. PROCESS: STEPS TAKEN TO LEARN THE FACTS (INTERVIEWS, REVIEW OF FILES, ETC.)

A. Preliminary

A preliminary word on the scope of my inquiries is in order.

In your letter of July 26, 1985 and in Mr. Jewett's letter of July 29, 1985 your instructions made no specific reference to Dr. Cameron. In this opinion I have, however, concentrated on Dr. Cameron for a number of reasons.

First, he was the head of the AMI at all relevant times, and its driving force. It was he more than anyone else who developed the psychiatric procedures now in controversy, and he was clearly the leader in their application to patients.

Second, in the actions of the nine U.S. plaintiffs, two of whom also brought action in Quebec (Mrs. Velma Orlikow and Dr. Mary Morrow), Dr. Cameron appears to be singled out as the "guilty party"; indeed in the Morrow case his estate was named as a defendant.

Third, in the course of reviewing the facts necessary for purposes of this opinion, I have seen considerable material relating to the work of Dr. Cameron's colleagues at the AMI, material that in my opinion is sufficient to give a clear picture of the psychiatric work that was carried on there. In accordance with usual academic practice, a number of colleagues - professors, residents and those from other disciplines - were often associated together in the same piece of research; usually the names of two or more would appear as contributors to the published results. Thus, although I have not made special inquiries about, or searched for all file material held by government departments or by the Public Archives on, each of Dr. Cameron's associates - that task would have taken considerably more time - I have searched high and wide for information on Dr. Cameron; and in so doing, I believe I have a clear, if not an absolutely complete, picture of the work of his associates as well, at least in the relevant subject area.

B. Problems in digging up information 20-40 years old

The events in question began to take place at the AMI over thirty-five years ago. Three important consequences flow from this fact. First, many of the routine administrative files in the two key departments (Health & Welfare and National Defence) have been destroyed in the ordinary course, with the result that I have had to rely a great deal upon the recollection of those who were directly involved at the time. Second, some of those who were directly involved have since died, with the result that the record is necessarily incomplete in so far as it depends upon recollections. Third, many of those still living could not be of assistance on points of detail, simply because their recollections are no longer precise in view of the time that has passed since they were actively involved with the subject.

Nevertheless, I am persuaded that enough factual material has been uncovered, both in direct interviews and from the files that still exist, to allow factual conclusions to be drawn with a high degree of certainty. There is, of course, the possibility that new facts might come to light, either from government file material not yet uncovered, or from individuals now or formerly in the public service who might come forward with new information, but I

consider this possibility to be remote. Consequently, I believe I have seen and heard sufficient to conclude that all of the important facts that could now be known about this subject, and which are in the possession of the Government of Canada or any of its departments, agencies or employees (past or present), are now known and have been taken into account for purposes of this opinion; and that it is unlikely that new facts of strong probative value will later be uncovered.

C. Limitations to my mandate

This conclusion is of course subject (as is the whole of this opinion) to the important qualification that the scope of my inquiries has been limited by the terms of reference stated in both your letter of July 26, 1985 and Mr. Jewett's letter of July 29, 1985. In accordance with that mandate, and apart from consultations with the three independent experts referred to later, I have confined my interviews to people having a past or present connection with the Government. Similarly, I have confined my file search to files in the possession of the Government (except that I have also reviewed the files publicly available in the Quebec Superior Court in the case of Orlikow v. The Royal Victoria Hospital (case no. 500-05-006872-798), and in the Quebec Superior Court (case no. 500-05-738532) and in the Quebec Court of Appeal (case

no. 500-09-001247-782) in the case of Morrow v. The Royal Victoria Hospital). I have not made any inquiries of people who do not have such a connection, nor (except as noted) have I seen any files in the possession of people or institutions other than the Federal Government.

Thus, I have made no enquiries of (for example) former patients or staff at the AMI at the time when Dr. Cameron was there, and it is of course possible that new facts might come to light from that source. (As discussed fully later, I did interview Dr. Robert A. Cleghorn at length and received very valuable information from him; Dr. Cleghorn was a psychiatrist on staff at the AMI, and succeeded Dr. Cameron as Director of the Institute in 1964. I was able to speak to Dr. Cleghorn, not on the basis of his association with the AMI, but because of his association with the Defence Research Board where, for a period prior to 1961, he was Chairman of the Panel on Psychiatric Research of the Medical Advisory Committee of the Defence Research Board.) I have seen no medical records of patients at the Allan. Finally, I have not had access to material from the CIA or other U.S. sources, except as specifically referred to in this opinion.

D. General comments on the interview and file review process

Because of the fact that so much file material has been lost, I felt it important to interview former government employees and also certain people formerly associated with research advisory panels but not in the employ of the Government. I was also given complete freedom by the four Departments involved to speak to those still employed in the public service. As a result, I have personally spoken to all present and former members of the public service still living who had anything substantial to do with any of the Government research grants programs in the mental health field. In every single case, both present and retired members of the public service were willing to talk at length and without reservation to me, and I have taken extensive notes of these conversations. In no case have I detected any element of reserve or lack of cooperation. I have detected no attempt to hide or gloss over any aspect of the questions at issue, and never any attempt to mislead.

I should add that I gave assurances to those whom I interviewed that their comments would not be publicly attributed to them without their consent.

I was also given complete freedom to review all of the files still available at the Departments in question (Justice, External Affairs, Health & Welfare and Defence)

and at the Public Archives of Canada, and this includes files which appeared on the surface to be only marginally relevant and which, on closer examination, proved to yield no information of any probative value. I have completed such reviews. The Department of Veterans Affairs and the Medical Research Council also assisted by reviewing their files and I am satisfied that these bodies did not fund any projects of Dr. Cameron except for one or possibly two projects as discussed in section 3 of this opinion. I did not review any cabinet documents, and I have no reason to believe they would yield any fruitful information.

A list of those whom I interviewed is attached as Appendix 2, and a list of the files which I reviewed is attached as Appendix 3.

E. Expert opinions

I have had the benefit of expert opinions from Dr. Frédéric Grunberg, Professor of Psychiatry at the University of Montreal (and incidentally the current President of the Canadian Psychiatric Association), Dr. Ian McDonald, Dean of Medicine at the University of Saskatchewan, and Dr. Fred Lowy, Dean of Medicine at the University of Toronto. Their expert opinions and curricula vitae are attached as Appendices 4, 5, and 6 respectively.

2. PSYCHIATRIC PROCEDURES IN USE AT THE ALLAN MEMORIAL INSTITUTE FROM 1948-1964

A. General conclusion

It is clear that the techniques and procedures alleged by the nine plaintiffs in the U.S. law suit were in fact used at the AMI, and by Dr. Cameron in particular. That is to say, each of the techniques of Electro Convulsive Therapy (ECT, sometimes known as Electric Shock Therapy), including massive electric shocks ("depatterning"); sleep therapy; partial sensory isolation; psychic driving; and psychopharmacology (drugs) were used. Most important of these was the procedure called by some "Regressive Shock Therapy" (RST), and called by Dr. Cameron "depatterning", which is perhaps the most controversial of all.

In stating this conclusion, it will be appreciated that I am making no judgment as to the accuracy of any particular plaintiff's claim about the use of any one or more of these techniques in his or her case, as to the appropriateness of that technique in relation to that particular plaintiff's illness, or as to whether, in any particular case, the treatment was applied in a proper fashion. In accordance with my mandate, I did not address any of these issues. The point is simply that there is no doubt that Dr. Cameron used all of these techniques at various times, and it is certainly within the realm of

possibility that the plaintiffs received all the treatments they allege they have received.

The psychiatric treatments administered at the Allan at various times during the 1940's, 1950's and 1960's may for present purposes be divided into two categories:

(1) those in use elsewhere in Canada and the world; these included ECT (electro convulsive therapy, sometimes called electroshock therapy), insulin coma shock therapy, sleep therapy and drugs (including lysergic acid diethylamide, or LSD); and

(2) those in use at the Allan and at a few centres in some other countries (but not elsewhere in Canada); these included depatterning, psychic driving and sensory isolation.

None of the foregoing psychiatric procedures were pioneered at the Allan, and none were unique to it, though the procedures of psychic driving and depatterning were developed further and continued longer at the Allan than elsewhere. Moreover, the use in combination of the techniques of depatterning, psychic driving, sensory isolation, sleep therapy and drugs appears to be unique to the Allan.

A general discussion of the theoretical basis for these treatments follows in paragraph B., and a description of the actual procedures involved follows at paragraph C. Formal descriptions are found in articles published by Dr. Cameron in the scientific literature and attached as Appendices 7 to 17 inclusive.

B. <u>The intellectual and scientific basis for the procedures of "depatterning" and psychic driving</u>

Dr. Cameron held the view that mental illness was the consequence of the patient's having learned over the years "incorrect" ways of responding to the world around him or her.

The "brain pathways" had thus developed through repetition a set of "learned responses" that were not socially acceptable and resulted in the patient's being classified as mentally ill.

It had been observed over many years by psychiatrists that persons who were subject to convulsions of the brain did not become mentally ill. Examples are those who suffer from epileptic convulsions, and those who suffer from insulin coma. It was speculated that these naturally occurring convulsions somehow cleared the "brain pathways" and thus eliminated these "incorrect" thought processes. From these observations it was deduced that if convulsions could be applied artificially to mentally ill patients,

the "brain pathways" would be broken up and the patient's illness would be relieved. This was the fundamental idea behind ECT, insulin coma shock therapy and other therapies designed to induce convulsions.

Dr. Cameron took hold of this idea and developed it much further than psychiatrists in the mainstream of European and North American practice. His idea was to break up the brain pathways through the highly disruptive application of massive electroshocks, many times the number of shocks in a normal ECT treatment - two times a day, as opposed to three times a week, for example - until the patient's brain had been "depatterned"; i.e. (in the case of psychotic patients) until all schizophrenic symptoms were lost, as well as other aspects of memory. After this had occurred, the idea was then to "re-pattern" the brain by trying to instill new and "correct" patterns of thinking in the patient's mind.

Under Cameron's theory, one might compare the patient's brain to an old-fashioned telephone switchboard, in which all the wires were plugged into the wrong holes. In depatterning, all the wires were pulled out; in repatterning, the aim was to plug all the wires back into the right holes.

A second theoretical basis upon which these procedures rested was the idea that serious mental illness was the result of poor mothering, an idea developed in the U.K. in the 1930's and 1940's. If a child could be "re-mothered" by a procedure known as "anaclitic therapy", it could be cured of the illness. Dr. Cameron in effect applied this idea to adults. Through "depatterning", he had reduced the patient's mind to a childlike state; through re-patterning, his idea was to "remother" the patient in the protected and kindly environment of the hospital. Psychic driving was one of the techniques of remothering.

Dr. Cameron used these two procedures of depatterning and psychic driving in treating both psychotic patients (schizophrenics) and psycho-neurotic patients. It is important to note that, with respect to selection of patients in the psychoneurotic category, he said:

> "With regard to <u>selection</u>, we select primarily chronic psychoneurotic patients in whom all previous forms of therapy have failed." (Appendix 14, p. 210) (emphasis in original)
>
> "The patients selected are almost entirely those suffering from extremely long-term and intractable psychoneurotic conditions." (Appendix 18, p. 5)

C. <u>The procedures involved</u>

Following is a brief description of these treatments, in their most highly developed form and taken in combination as they sometimes were.

(1) Depatterning and prolonged sleep

In depatterning, the patient would be subjected to massive electroshock treatments - sometimes up to twenty or thirty times as intense as the "normal" course of electro convulsive therapy (ECT) treatments. At the end of up to 30 days of treatment - up to 60 treatments at the rate of two per day - the patient's mind would be more or less in a childlike and unconcerned state.

In preparation for the treatment, the patient would be put into a state of prolonged sleep for a period of about ten days, using various drugs. At that point, the massive electroshock therapy would begin, the patient being maintained on continuous sleep throughout. Somewhere between the thirtieth and sixtieth day of sleep, and after 30 to 60 electroshock treatments, depatterning would be complete. Depatterning was then maintained for about another week, with electroshocks being reduced to three per week.

Gradually the treatments were reduced to one a week. Then followed a period of reorganization, when the patient came back from the "third stage", through the "second stage", up to the "first stage" of depatterning. During this period the patient would undergo considerable anxiety; to control this, the drugs chlorpromazine (Largactil) and sodium amytal were administered.

The purpose of this procedure, in the case of psycho-neurotic patients, was to prepare them for a course of "psychic driving".

(2) Sensory isolation

An alternative method of preparing patients for psychic driving was to place them in situations of "sensory isolation". This involved depriving them of incoming sensory stimulation. This procedure grew out of work carried out in the early 1950's by Dr. Donald O. Hebb, a psychologist at McGill, on behalf of the Canadian Defence Research Board. Cameron's work with sensory isolation was not a continuation of the Hebb work (as suggested by some of the media coverage), but was intellectually connected with it. Hebb's work is discussed more fully in section 3 of this opinion.

Patients would be placed under conditions of sensory deprivation for a matter of days, in one case as long as sixteen days. In some cases, patients who underwent sensory deprivation without effect were subsequently placed under sleep and shock therapy as described above.

(3) Psychic driving

Following a course of sensory deprivation, or of sleep and shock therapy, or both, the patient would then undergo the "psychic driving" procedure. This consisted of messages played on tape recorders and repeated thousands of times to the patients by means of pillow microphones, stenographic headphones, and other methods. The idea was first of all to deliver a negative signal, designed to get the patient to confront his or her inadequacies. (For example: "Gertrude, you don't get along with people. You have never gotten along with your mother...You have always felt inadequate and have been jealous of other people"...). This lasted for a period of about ten days, after which positive messages would be given for about another 10 days. (For example: "Gertrude, you want to be free like other women. You are trying to give up manipulating people by your complaints ... You want other people to like you ...You want to have confidence.")

The content of the messages was usually determined through psychological interviews conducted with the patient before the treatment began ("autopsychic driving"), sometimes while under the influence of disinhibiting drugs. In some treatments the messages were based on material developed by the psychiatrist rather than the patient ("heteropsychic driving").

Psychic driving would take place for continuous periods of up to sixteen hours per day. Taken together, the positive and negative messages might be repeated up to half a million times.

Drugs were used throughout the procedure. Barbiturates, etc., were used during the period of prolonged sleep. As the patient emerged from depatterning, the anxiety that attended the process was relieved by heavy doses of Largactyl and sodium amytal. During the psychic driving procedure, in order to keep the patient receptive to the messages, injections of curare and beeswax would be given. LSD was sometimes also administered.

Throughout the procedure, and for a period of up to three years afterwards, a patient would receive intensive personal care, both in and out of hospital as required, from the hospital staff including social workers, psychiatrists, psychologists and nurses. Further electro-shocks were administered an average of 65 times during this three year period.

(4) Psychoneurotic and schizophrenic patients

These procedures were used in treating both psychoneurotic and schizophrenic illnesses, although the psychic driving technique appears to have been used chiefly with psychoneurotic patients. Psychic driving appears not to

have been generally used with schizophrenics, who were repatterned by hospital staff; they spent weeks bringing them back to the point where they could lead something of a normal life. Prolonged memory deficit was a particularly serious problem for both categories of patient.

(5) Procedures highly intrusive and intensive

It will be appreciated that RST, or depatterning, was a highly intensive and intrusive procedure. It was deliberately aimed at "breaking up the pathways of the brain" and thus reducing the brain to an almost infantile state. In fact, Dr. Cameron describes the three stages of depatterning as follows:

> "In the first stage of disturbance of the space-time image, there are marked memory deficits but it is possible for the individual to maintain a space-time image. In other words, he knows where he is, how long he has been there and how he got there. In the second stage, the patient has lost his space-time image, but clearly feels that there should be one. He feels anxious and concerned because he cannot tell where he is and how he got there. In the third stage, there is not only a loss of the space-time image but loss of all feeling that should be present. During this stage the patient may show a variety of other phenomena, such as loss of a second language or all knowledge of his marital status. In more advanced forms, he may be unable to walk without support, to feed himself, and he may show double incontinence. At this stage all schizophrenic symptomatology is absent. His communications are brief and rarely spontaneous, his replies to questions are in no way conditioned by recollections of the past or by anticipations of the future. He is completely

> free from all emotional disturbance save for a customary mild euphoria. He lives, as it were, in a very narrow segment of time and space. All aspects of his memorial function are severely disturbed. He cannot well record what is going on around him. He cannot retrieve data from the past. Recognition or cue memory is seriously interfered with and his retention span is extremely limited."
> (Appendix 15, p.67).(emphasis added)

Other psychiatrists, whose work in RST preceded Dr. Cameron's and formed the basis for the work at the Allan, described the state of the patient's mind after RST in these words (taken from the same article at p. 66):

> "Kennedy and Ancell described their patients as being brought to the level of 4-year-old children. Rothschild and his co-workers referred to certain of their organically disorganized patients as being unable to swallow but able to suck fluid from a feeding bottle. Glueck reported that his patients were like helpless infants. They were incontinent in bladder and bowel and required spoon feeding as well as tube feeding."

It will be appreciated that these graphic descriptions of the effects of massive electroshock therapy appeared in articles published in the open scientific literature.

D. <u>The problem of loss of memory</u>

It is well recognized by psychiatrists that simple ECT causes in many patients the undesired side effect of "memory deficit". For example, a patient after undergoing one treatment (a convulsion for perhaps one minute, followed by a half hour or hour of sleep) might temporarily

forget how to put on and tie shoes. However, after one treatment, memory loss is transitory only. After a normal course of ECT - say twelve treatments over two or three weeks - memory might be lost for a couple of weeks or so; on rare occasions, longer. Hospital personnel are, of course, trained to help patients put their shoes on, etc., in the interval during which the memory is recovering.

After depatterning, prolonged memory loss was not at all unusual, simply because of the massive nature of the electroshock applied. All schizophrenic symptoms would be lost, as well as other aspects of memory. The resulting amnesia was said by Dr. Cameron to be "differential", in that amnesia for manifestations of schizophrenia would remain, while recollections of ordinary life happenings would return during the repatterning process.

E. Dr. Cameron's assessment of depatterning

Did depatterning work? Dr. Cameron certainly believed it did . In his published article on schizophrenic patients, Appendix 15, p. 17, he said:

> "With regard to efficiency, the first question to ask is, 'Does it accomplish what is intended?' The answer is quite definitely 'Yes'. It has resulted in a considerable increase in efficiency over the method of multiple shock therapy as introduced by Bini and Milligan and modified by subsequent workers. It represents, moreover, a noteworthy advance over insulin treatment and over the chemical therapies. Above all things, the readmission rate is greatly reduced. At the same time, we must point to the fact that it calls for a most considerable expenditure in time and effort and it requires the development of a team of workers who are highly skilled. (emphasis added)
>
> "With regard to the detrimental side effects, the most serious is of course the period of complete amnesia. We are working upon methods to reduce this and it is proper to say that while it is a source of trouble and annoyance to the patient during the first six months or so following discharge, a scaffolding of subsequent memories consisting in what he has been told of events which happened during the amnestic period gradually takes form."

The underlined passage is important, for reasons discussed in section 5 of this opinion.

It is well to bear in mind that Cameron was not the first, nor was he the only, psychiatrist to use depatterning techniques. Massive electric shock methods were apparently introduced by Cerletti, Bini and Milligan, for psychoneurotic patients, and reported in the medical literature as early as 1946. The method was transferred to the treatment of schizophrenia by Kennedy and Ancell, who labelled the treatment (misleadingly, according to Cameron) "Regressive Shock Therapy" and reported on it as early as 1948. Cameron cites three other groups who used the technique, reported in the literature in 1950, 1951 and 1957.

It was in 1955 that Cameron himself decided, in his words, to "develop the potentialities of this procedure". As stated above he used the procedure to treat both psychoneurotics (see the application to the Society for the Investigation of Human Ecology, Appendix 18, p.5 and the articles at Appendices 11, p. 985 and 12, p. 744) and schizophrenics (see Appendix 15).

F. Psychic Driving - further comments, and Dr. Cameron's assessment

Although sometimes used in conjunction with depatterning treatments, psychic driving was used in other situations as well. As explained, the technique consisted of the repetition of tape recorded messages, first of a negative kind designed to make the patient face his/her problem, and later of a positive kind designed to give the patient a new self image. During the "positive" period, the hospital staff would work with the patients to encourage them to put the new behavioural patterns into practice.

Dr. Cameron considered that:

> "Our best results have been with chronic psychoneurotics - and otherwise untreatable - patients, usually with a long standing character neurosis, with an anxiety hysteria or an anxiety

neurosis. With these patients our results have been increasingly encouraging, and we now consider that this is the procedure of our choice when faced with such a case." (Appendix 13, p. 107) (emphasis added)

G. The use of drugs - further comments

Drugs used included barbiturates (such as sodium amytal), amphetamines (such as desoxyn) and hallucinogenic drugs such as LSD-25 or mescaline. In addition, as part of the procedure preparatory to administering massive electro-shock therapy, small doses of curare were administered to produce a state of relative immobility to maintain the patient in the area of repetition. All these drugs were in common use by psychiatrists in Canada in the 1950's and early 1960's.

Because of the public attention that has been focused on LSD, I have added Appendix 19 which will illustrate just how widespread was its use.

H. Conclusions on the theoretical basis for and the efficacy of Dr. Cameron's procedures

On the theoretical side, it is now clear to psychiatrists generally that Cameron's depatterning, psychic driving and related procedures were not based on sound principles of science or medicine. Psychiatrists no longer accept the epileptic/schizophrenia dichotomy; and while there may be something in the idea that mental illness is the result of

poor mothering, Dr. Cameron pushed the idea much too far in exploring how it might apply to adults. Even when judged by the knowledge and standards of the day, it is now seen that the theoretical foundation for Dr. Cameron's work was very weak.

On the practical side, and judging by the standards of today, most psychiatrists would conclude that depatterning was a failure not only in terms of its efficacy as a medical treatment, but also in that it represented a level of assault on the brain that was not justifiable even by the standards of the time and even in light of the rather rudimentary level of scientific and medical knowledge of those days compared to today.

These conclusions are, however, evident only with the benefit of hindsight; and no medical doctor I spoke to was prepared to state that Cameron's depatterning procedures were conducted in disregard of the limits of acceptable medical practice at the time, or otherwise than out of desire to benefit the patients involved. These points will be elaborated in sections 5 and 6 of this opinion, but for the moment it should be noted that some doctors felt that, as a man driven to try to find solutions to the problems of mental illness, both in general and for particular patients, Dr. Cameron may have allowed himself subconsciously or unintentionally to go

beyond those bounds with respect to some particular patients; but this is of course speculation and, to repeat, none of these doctors were prepared to attribute any improper motive.

At the same time some individual doctors had doubts about the efficacy of the depatterning and psychic driving procedures during Dr. Cameron's tenure at the Allan; in fact these procedures were not free from controversy even within the Allan itself. However, these doubts took the form of "mutterings". Although everyone at the Allan, and most psychiatrists in Canada, knew about Cameron's work, and it was fully described in the open scientific literature for all to see, no one spoke out publicly against it. It is also worthy of note that Cameron's treatments were not used by his colleagues in psychiatric practice in other hospitals in Montreal, including those within the McGill teaching hospital system, in spite of Cameron's position as professor of psychiatry. They tolerated his techniques, but they did not adopt them. A discussion of these contemporary doubts will be found in section 5 of this opinion.

3. INVOLVEMENT OF AGENCIES OR DEPARTMENTS OF THE GOVERNMENT OF CANADA IN FUNDING THE AMI

Three agencies of the Government of Canada funded Dr. Cameron for various projects: the National Research Council (NRC) as predecessor to the Medical Research Council (MRC), the Defence Research Board (DRB), and the Department of National Health and Welfare (H&W). The DRB also funded other relevant research at McGill in the field of sensory deprivation. The activities of these agencies are discussed in turn.

A. National Research Council (NRC) as predecessor to the Medical Research Council (MRC)

The National Research Council, through its Associate Committee on Medical Research, made a grant to Dr. Cameron in 1944-1946 to study "psychological aspects of return to industrial civilian life" after the World War II. The grant number was M.P. 38, and the grant amounted to $3,000 for each of the two years.

Clearly this grant is not relevant to the matters under review in this opinion.

I have discovered a list (attached at Appendix 19A) of NRC Grants-in-aid for psychiatry, showing two other grants to Dr. Cameron. They are:

(a) No. 290 - Behavioural Laboratory - $4,197.00;

(b) No. 217 - Reactions of Civilians to Community Disasters - $650.00.

The first is an amount identical to the funding during 1950/51 from Health and Welfare to Dr. Cameron for Health and Welfare's Project No. 604-5-14, "Support for a Behavioural Laboratory" (see later). I can find no other information on NRC Project No. 290. From the figures, I assume that either NRC gave a matching grant during the one year in question, or Health and Welfare simply paid the money on N.R.C.'s behalf. Nothing of significance here turns on this grant.

As for No. 217, Reactions of Civilians to Community Disasters, this obviously represents a grant supplementary to DRB's grant No. 65 to Cameron (see later). Again, there is no further information in the file, and again, nothing of relevance here turns on this grant.

B. Defence Research Board (DRB)

(1) Introduction

The DRB was founded in 1946 as the research arm of the Department of National Defence. Dr. Omond Solandt was the

first Chairman, and he remained Chairman until 1957 when he was succeeded by Adam Hartley Zimmerman, Sr. (now deceased). The mandate of the DRB was to engage directly in research of its own, to contract out for specific items of research work, and to make grants to independent researchers, in areas of particular application to the military. The DRB was not to conduct basic scientific research, but rather applied research. Included in this was research in psychiatry and psychology, primarily to develop methods of testing the capabilities of potential recruits and serving personnel, to determine their suitability to withstand the stress of combat, and to study the effect of stress generally in the trying conditions of war and other emergencies.

(2) The Korean War and "brainwashing"

In the early 1950's there was great concern in the senior ranks of the military in Canada, United States and the United Kingdom about the new "brainwashing" techniques then being used by communist forces during the Korean War. Troops from these three countries who were captured during battle were sometimes subjected to these techniques and as a result were forced to make public statements, or "confessions", in which they renounced the beliefs and values of their own country and then espoused publicly those of the adversary. In certain cases there appeared

to be no physical coercion which could have accounted for this behaviour, and often the confessions seemed to be quite voluntary and genuine. Reports came back as to the way in which these confessions were extracted; troops had been subjected to long spells of isolation, followed by periods of indoctrination to the new beliefs. One such report is attached as Appendix 20. These techniques gave rise to real concern on the part of the western allies that the communists had discovered some new way of controlling the mind. They concluded that it was essential to find out everything that could be learned about these methods, so that our troops could be told in advance of communist techniques and, to the extent possible, trained to withstand brainwashing.

A high-level meeting took place at the Ritz Carlton Hotel in Montreal on June 1, 1951 to discuss the problem. Present were representatives of the scientific research establishments of the Canadian, the U.S. and the U.K. military. Dr. Solandt was Canada's chief representative. Dr. Donald O. Hebb, a psychologist from McGill University, was also present and proposed to the group that experiments in "sensory deprivation" might be carried out to determine whether something of the communists' brainwashing techniques might be learned. Attached at Appendix 21 is a copy of the minutes of the June 1, 1951 meeting; the handwritten note appended to these minutes (found

separately in DRB files) suggests that Commander Williams, one of those in attendance, was with the CIA.

(3) Sensory deprivation experiments of Dr. Donald O. Hebb

Shortly after the meeting of June 1, 1951, the DRB entered into a contract (designated the X-38 Project) with Dr. Hebb to conduct these "sensory deprivation experiments". The purpose of the work was to establish whether indeed prolonged periods of sensory deprivation reduces the subject's resistance to accepting new beliefs contrary to beliefs previously held. The work continued from 1951 to 1955 and involved some 63 paid volunteers, students from McGill University.

Dr. Hebb's practice was to place his subjects in a small cubicle in which external stimulae were kept to a minimum. The forearms would be covered with cardboard tubing, cotton wool would cover the hands, glasses would be worn which permitted only diffused light to enter, and there would be no auditory stimulation. The student would spend as much time in this situation as could reasonably be accepted, and was free to leave at any time. While in this state of sensory deprivation, the subject would be offered the opportunity of hearing material distasteful to him or her, through gramophone recordings. An extract from some of Hebb's earliest work will illuminate the point:

> "Three gramophone recordings were available to the subject, all with material the subject found unpleasant at the beginning of the experiment: (1) four repetitions of 16 bars from "Home on the Range"; (2) a 5-min. extract from a harsh atonal piece of music; and (3) an excerpt from an essay instructing and exhorting young children on the methods and desirability of attaining purity of soul. S could signal for any of these three. He signalled 42 times altogether, and spent a total time, listening to this material, of 2 hours and 21 minutes out of his 8½ waking hours. He was mostly unselective in his choice, usually requesting all three, one after another, and then, after a pause, going through them again. The only sign of preference was for (1) repeated bars from "Home on the Range". This subject is a college student, in the superior adult class intellectually, and this is not the kind of material that would be in any way entertaining to him. As noted above, he disliked the material to begin with, and reported that he still disliked it when the experiment was over."

Alternatively, the researcher might feed to the student a line of "propaganda" contrary to his or her own beliefs, to see if he could get the student to espouse that belief. The beliefs in question were quite innocuous - for example, a belief in the biblical account of creation, or a teetotaller's view. At Appendix 22 are copies of some DRB file materials on this research.

Although the work carried out by Dr. Hebb was originally classified, it has long since been declassified. Throughout most of the period when the work was being done, Dr. Hebb himself repeatedly implored the DRB to allow him to publish it. He also believed that failure to do so would result in the public getting the wrong impression when the

material did eventually leak out, as it inevitably would. Attached at Appendix 23 are some file materials, news clippings and correspondence which make the point well.

The conclusions reached by Dr. Hebb and his associates may be simply stated. A changing sensory environment is absolutely essential to the good health of the mind. Without it, the brain ceases to function in an adequate way, and abnormalities of behaviour develop; for example, the subject quickly begins to hallucinate. By "softening up" a prisoner through the use of sensory isolation techniques, a captor is indeed able to bring about a state of mind in which the prisoner is receptive to the implantation of ideas contrary to previously held beliefs. At Appendix 24 is a three page summary of these results prepared by DRB for Treasury Board on August 3, 1954.

Dr. Hebb, who died in August of 1985, was Canada's foremost psychologist, and the author of the seminal textbook, The Organization of Behaviour (1949). He was regarded as a very fine scientist and a humane and thoughtful person. He conducted his research with the highest regard for the welfare of the volunteer students. I have heard no suggestion of any impropriety in the conduct of his research. One person told me of an unconfirmed report that one student developed a form of mental illness following the experiment, but the suggestion is that the

illness was incipient in any event, and would have resulted regardless of Dr. Hebb's experiments.

As predicted by Dr. Hebb, his work did eventually leak out and become the subject of adverse press comment. As a result, Dr. Solandt was asked for an explanation, and then required to phase out the research. Appendices 23 and 24 give the background to this aspect of the matter.

(4) Connection between Hebb's work and Cameron's work

Dr. Hebb's work is mentioned in this opinion because some media reports, and some members of the public who have written to the government to express concern about Dr. Cameron's work, have referred to Hebb's work evidently in the belief that there was a close connection between the work of the two men. Dr. Cameron, being in close physical proximity to Dr. Hebb, was, of course, aware of Hebb's work and was himself interested in sensory deprivation from a psychiatric perspective. This is made clear in Hebb's letter of January 1, 1953 in Appendix 23. So were others at the AMI, as is shown by the letter from Dr. Cormier attached as Appendix 25. However, as stated earlier, the work of Drs. Cameron and Hebb are connected only in an intellectual sense; Cameron's work was not at all a continuation or an elaboration of Hebb's work. Cameron was often stimulated by the work of other

scientists in related or even unrelated fields, and sensory deprivation was just one of the new research areas in which he took an interest.

Hebb himself was contemptuous of Dr. Cameron's work in the field of sensory deprivation (as well as his work in psychic driving), so I was told by a number of the people I interviewed. In Hebb's opinion, Dr. Cameron did not have the necessary background in the principles and techniques of scientific investigation to understand properly how (if at all) Hebb's work in sensory isolation could be utilized in the treatment of patients. The question of Dr. Cameron's abilities as a research scientist is discussed fully in section 5 of this opinion.

(5) DRB funding of projects at the Allan

The DRB funded two research projects of Dr. Cameron. However, neither of these projects were related to the treatment of mental patients. The two projects in question (DRB grant Nos. 65 and 172 respectively) were entitled "Management of Fear and Anxiety by Civilians in the Event of a Community Disaster" (1948-1951) and "Behavioural Problems in the Adaptation of White Man to the Arctic". For an important reason discussed in section 5 of this opinion, the Chairman of the DRB, Dr. Solandt,

ensured that Cameron made no applications to the DRB for work in the area of psychiatric research dealing with patients.

The DRB funded a considerable number of other research projects at the Allan, projects conducted by associates of Dr. Cameron. I have coincidentally examined quite a lot of file material relating to these projects; none of it bears on the issues under review in this opinion. I have not considered it necessary to look further for DRB funding of psychiatric research involving patients at the Allan, for two reasons: first, in so far as Dr. Cameron is concerned, as mentioned above the DRB at Dr. Solandt's direction declined to consider any application that might be made; second, in so far as others at the Allan are concerned, I have no reason to believe that they would apply for, or receive, grants in the fields of activity under review here (namely depatterning, psychic driving etc.), which were peculiarly Dr. Cameron's fields.

C. Department of National Health and Welfare ("H&W")

(1) Introduction

In 1948 the federal government established the National Health Grants program to provide funds for health care in ten (later, thirteen) health areas. One of these was the

Mental Health Grant. Research grants made to the Allan by H&W during the period under review (from 1948 to 1964, when Dr. Cameron left the Allan) were made under this Mental Health Grant.

The background of the National Health Grants program is discussed in section 4 of this opinion.

(2) The form and manner of applying for a grant under the Mental Health Grant

Throughout the period with which we are concerned, the manner in which grant applications under the Mental Health Grant were handled was as follows (see Appendix 26 for various departmental memoranda and a sample application form):

(a) The institution (e.g. the AMI) would make an application in the form required by H&W, and then submit the application to the provincial authorities.

(b) The provincial authorities would then signify their approval of the application by forwarding it to H&W in Ottawa.

(c) H&W officials would review the application in a preliminary way to satisfy themselves generally as to the scientific and medical adequacy of the proposed research, and to ensure that all formalities had been attended to.

(d) The application would then be referred to two outside experts in the particular field of the proposed research. These experts would give detailed written commentary back to the Department. The comments would at all times remain anonymous.

(e) The Research Subcommittee of the Mental Health Advisory Committee would review each application to ensure its scientific and medical adequacy. The Mental Health Advisory Committee numbered about twenty. It was composed of experts drawn from outside the public service and involved in the disciplines of psychiatry, psychology and related fields. People from within the Department would sit as chairman and secretary of the committee to provide the necessary liaison. The committee therefore acted as a form of peer review.

(f) The Subcommittee would report its recommendations to the full Advisory Committee, who would then report to departmental officials.

(g) Departmental officials would then recommend the grants to the Minister, who would then send his approval back to the province.

(h) The provincial officials would then approve the grant directly to the institution.

(3) Grants to the Allan Memorial Institute

I turn now to discuss the grants for psychiatric research made under the Mental Health Grant to the Allan Memorial Institute and to Dr. Cameron.

In early 1985, the Department of Health and Welfare received an access to information request for "All letters and reports between 1950-64 relating to Dr. Cameron's and Allan Memorial Hospital's experiments in regards to project MK Ultra, Human Ecology, Brainwashing, and any letters and reports sent to the Central Intelligence Agency (CIA), USA". In answering, the Department consulted its master index, which lists nine psychiatric research pro-

jects for which Dr. Cameron is named as principal investigator. Total funds for these nine projects amounted to $495,444.41; the nine projects are listed in Appendix 27. In addition to these nine projects, I have identified a tenth project, No. 604-5-433, which began in Dr. Cameron's name and finished in 1965 in the name of a Dr. Davis, Cameron having by then retired. This project is entitled "The Influence of Psychotropic Drugs upon Cerebral Responses to Peripheral Stimulation in Man".

I have reviewed files on eight of these ten projects. (No files exist for the other two, Nos. 604-5-104 and 604-5-108, but from their titles as given in Appendix 27 it is apparent that they are not relevant here.) Of these eight, it appears on examination that Dr. Cameron was the principal investigator in only four; in fact, not only was he not the principal investigator in the other projects (contrary to the indication in the H&W master index), but his name is not even mentioned in the project files still available. It is speculated that, as head of the Allan, he signed the original project applications although not himself a participant.

Of the four projects in which Cameron was in fact principal investigator, only two are relevant here (the other two are No.604-5-76, "A Study of the Effects of Nucleic Acid Upon Memory Impairment in the Aged", and No. 604-5-433, referred to above). The two relevant files are:

(a) Project No.604-5-14 (1950-1954; $17,875.00)
Under this project, entitled "Support for a Behavioural Laboratory", a number of experiments were planned. One was to test memory and learning impairment due to individual and cumulative electric shock. Another was to film patients against a checkered backdrop before and after ECT treatment, to see if any differences in physical movements could be detected. A third was to study the effects of sensory isolation. A fourth was to investigate psychic driving techniques in various situations: while the patient was under hypnosis, in continuous sleep, and when the patient's resistance was lowered using the isolation techniques of Dr. Hebb. The final report to H&W is reproduced at Appendix 28.

(b) Project No.604-5-432 (1961-1964; $51,860.00)
This project is entitled "Study of Factors which Promote or Retard Personality Change in Individuals Exposed to Prolonged Repetition of Verbal Signals"; i.e. psychic driving. Copies of the summary and final report are attached at Appendix 29. This

study gave rise to five published papers, four of which are reproduced at Appendices 13, 14, 16 and 17.

It will be seen that both these projects had to do with psychic driving, used in combination with the procedures of depatterning, sleep therapy and drugs. As will be seen in section 7, these were also the subjects of investigation in the research work carried out by Cameron with CIA funds.

A further word on one of the apparently unrelated projects, No. 604-5-13, "Research Studies on EEG and Electrophysiology", is in order. This was an extensive project conducted at the Allan primarily by Dr. Lloyd Hisey, Psychiatrist in Charge, Electroencephalographic and Electrophysiological Centre (1950-1952) and his successor as of July 1, 1952, Dr. Charles Shagass. Much of this work, of which there are extensive reports published in the scientific literature, was supported by both H&W and DRB. Although these studies deal with specific aspects of psychiatric research, none of them bear directly on the topics of depatterning and psychic driving. The work did, however, cover topics such as photic stimulation (the use

of strobe lights)*, drug induced sleep and studies of the effects of electroshock (see Appendix 30).

Interestingly enough, the Society for the Investigation of Human Ecology (SIHE), the CIA "cover organization" (see section 7 of this opinion) was also interested in Project No.604-5-74, "A Study of Ultraconceptual Communication", a 1959-61 study under the direction of Leonard Rubenstein of the Allan (see Appendix 31). (Rubenstein was a collaborator with Cameron on the SIHE project on psychic driving under the CIA's code name "MK Ultra Subproject 68", discussed in detail later). I have seen no suggestion that the SIHE provided actual financing for this particular project, although it is conceivable that the CIA may have been interested in the subject matter of the project, dealing as it did with an examination of the ways in which the voice can communicate information on both a verbal and a non-verbal level, and can also convey feelings either consciously or unconsciously which are either allied to the verbal communication or reflect the speaker's emotional disposition. In any event, this project is not relevant to the subject matter under review in this opinion.

---

*Strobe lights, when flashed on and off at certain frequencies, can bring on convulsion-like effects; thus it was thought that the technique could assist in clearing the "brain pathways".

In addition to these ten projects, there were of course many other grants made to other researchers associated with the AMI. Although I have not reviewed the files relating to these grants - indeed, to do so would have taken considerably more time and would have entailed a considerable enlargement of my mandate - I have reviewed H&W's list of projects funded between 1948 and 1963, and I have no reason to think that any of them have a bearing on the subject matter of this review.

(4) The method of dealing with Dr. Cameron's grant applications

Were Dr. Cameron's grant applications handled by the Department of National Health and Welfare in the same way as other applications?

A number of people I interviewed had been present at meetings of the Research Sub-Committee of the Mental Health Advisory Committee and recalled the fact that Cameron had indeed made application to the Mental Health Division for grants. However, none of them had any recollection of the particulars of these applications or of the ensuing grants. All those to whom I spoke advised that Dr. Cameron's applications would have been treated in the normal way; had this not been the case, they would have remembered the fact.

At the same time, it was recognized by those I interviewed that Cameron was looked upon as the doyen of Canadian psychiatrists. In the view of many of them, Dr. Cameron's pre-eminence in his field, added to his forceful and aggressive personality, may well have resulted in a certain deference being shown to his applications by those whose task it was to review them. There is no suggestion that anyone shirked responsibility and let pass a research project considered to be scientifically or medically unacceptable, nor is there any suggestion that there was not lively debate at the intellectual level when applications were being reviewed; indeed this seems to have been the norm even when applications of eminent people such as Dr. Cameron were being considered. What is suggested is that it is likely that some members of the reviewing groups may have been somewhat reluctant to express doubts, if indeed they had any, about the medical or scientific basis for the procedures under review in the proposal. It is to be emphasized that there is no actual evidence that this occurred; but human nature being what it is, it is in the view of some to whom I spoke reasonable to assume that this kind of deference could occur.

In summary, there is no evidence that the applications of Dr. Cameron and the AMI were treated in any different

manner by the government and its outside consultants than applications from any other quarter.

(5) Progress Monitoring

It was the Mental Health Division's practice to require grantees to submit an annual progress report. In fact, the grants themselves were made on an annual basis, while more often than not the project was intended from the beginning to last for a period of years. It was on the basis of these annual progress reports that the grant for subsequent years was approved by the Mental Health Advisory Committee.

In addition to this, it was the Department's practice to send representatives on occasional visits to the institutions where the work was being carried out; but because health is primarily a matter falling under provincial jurisdiction, departmental officials would ask permission of their provincial counterparts to make the visit. This permission was invariably granted, and certainly in Quebec the work of checking up on ongoing projects was carried out entirely by federal, not provincial, officials. But the point is that the federal government at all times "cleared the way" for the visits

of federal personnel to the grantees' institutions. The visitors would also obtain the permission of the institute itself in advance of the visit; there was no suggestion of "surprise visits". Moreover, the visit was not in the nature of an inspection; it did not constitute a detailed financial, medical or scientific audit. It was simply a matter of the Mental Health Division representative hearing from the investigator about the work that was being conducted under the grant, so as to be in a position to evaluate the annual application for renewal and also to ensure that the grant money was being spent generally on the project for which the grant was intended.

So far as Dr. Cameron and the AMI are concerned, there is no evidence that the annual visits were treated any differently with respect to this institution than any other. Indeed, it is my impression from interviews with former civil servants that visits to the AMI may have been slightly more frequent than to other institutions, possibly because of its pre-eminence, and also because Montreal was considered an agreeable place to visit! This, however, is a matter of impression only; what is clear is that there is no evidence to suggest that the AMI was either ignored, or deliberately made the subject of extra visits.

It may be asked how Canada's research grant system compared to that of other countries. Some scientists certainly held the view that Canadian granting agencies maintained much too close control of its grantees. Dr. Heinz Lehmann, an eminent psychiatrist and head of the Verdun Protestant Hospital in Montreal (now known as the Douglas Hospital Centre), certainly thought so, as is evident from the newspaper clipping at Appendix 32.

(6) Conclusions

In conclusion, it is my opinion that in relation to the structure and operation of its granting procedures, the Department of National Health and Welfare conducted itself at all times in a prudent and professional manner. The practice of careful internal review of all applications, followed by a referral of the applications to two experts in the particular field from outside the Department for detailed and anonymous scrutiny and comment, followed in turn by a review by the panel of qualified outside experts forming the Mental Health Advisory Committee and its Research Sub-Committee, in my opinion demonstrates the good faith and competence of the public servants responsible.

4. THE CLIMATE OF THE TIMES

A. The background to the National Health Grant System

As far back as 1919, Prime Minister Mackenzie King had committed himself and his party to some form of national health program for Canada. However, not until after the Second World War did the idea of a national health program at last appear feasible. The government recognized that great improvements had to be made in the ability of the nation to deliver health care across the country before it could introduce such a program. There were simply not enough facilities or personnel to meet the demands that would arise upon the implementation of such a program, and moreover there were vast regional differences in the quality of health care.

To remedy these deficiencies, the federal government conceived the idea of assisting the provinces in the extension and improvement of services in specific health fields, as a preliminary step towards the later introduction of, first, the hospital insurance plans, and later, national health insurance. In 1948, the government set up the National Health Grants in ten separate fields (later expanded to thirteen), including for example public

health, tuberculosis control, venereal disease, crippled children and cancer. One of these was the Mental Health Grant.

The purpose of the Mental Health Grant was to cover projects of three main types:

(a) to provide services in the community,

(b) to provide more adequate staff and equipment in the mental hospitals and in the psychiatric wards in general hospitals, and

(c) to provide training for personnel needed in mental health work; this was considered to include psychiatric research.

B. Some Background Data

When Prime Minister Mackenzie King announced the Mental Health Grant in the House of Commons on May 14, 1948, he said:

> "Mental Health Care - Parliament will be asked to make provision for a similar grant to the provinces for similar purposes for mental health care amounting initially to $4 million per annum and rising over a period of years to a maximum of $7 million per annum. The seriousness of the problem of mental illness can best be illustrated by reference to the fact that between one-third and one-half of all hospital beds in Canada today are occupied by patients suffering from mental illness." (Emphasis added)

A few other figures from this era are of interest:

- "Mental and nervous diseases account for more illness than cancer, infantile paralysis and tuberculosis combined. At any one time, one out of every 150 adults in the general population is hospitalized because of mental disease is the finding in areas where mental hospital facilities are most nearly adequate (Landis and Page, Mental Health, 1939)."
- "One person in 18 to 20 will spend some part of his lifetime in a mental hospital."
- "One person in 10 of the general population will be incapacitated by some variety of mental disease at some time during his life."
- "There are 50,000 patients in the mental hospitals of Canada. (DBS)"

The foregoing information comes from a memorandum dated January 18, 1949 from departmental officials to the Honourable Paul Martin, Minister of Health (copy attached at Appendix 33). Grants for research came under the heading of "personnel needed in mental health work". The bottleneck in the expansion of mental health services at that time was lack of trained personnel. The goal was to increase considerably the number of psychiatrists, psychologists, social workers, nurses and community workers in the mental health area.

C. <u>The state of psychiatry and the growth in research after 1948</u>

Psychiatry in the late 1940's and early 1950's was just beginning to emerge from the era of the "lunatic asylum".

There was great hope, almost a yearning, on the part of the medical profession, public servants and politicians that some means might be found, through new techniques such as electroshock therapy, insulin coma shock therapy, psychopharmacology, etc., by which we would cure the ill, and at the same time empty the hospitals of a substantial - and costly - proportion of patients. Mental illness was looked upon as one of the last great fields of human suffering to be conquered. Scientists had discovered spectacular new drugs such as sulfa and penicillin to cure the physically ill; was there nothing that could be done for the largest group of all, the mentally ill?

Such were the thoughts of many with whom I spoke during the course of preparing this opinion. It is perhaps no wonder, then, that in conquering mental illness, a field in which so little had been done and so much was left to do, a great sense of urgency permeated the thinking of the times, and gave great impetus to find solutions, and as quickly as possible. And the key to the solution was: research.

In a memorandum by Dr. Charles A. Roberts, M.D., Chief of the Mental Health Division, dated April 8, 1953 (copy attached at Appendix 34), the following appears:

> "When the National Health Grants Programme was initiated, it was recognized that there was a great need for research in the whole field of health ... At the time there was a little research being conducted by people in training and by the staff of Laval University, by the staff of the Department of Psychiatry at McGill University and at the Toronto Psychiatric Hospital. Beyond this, I am unaware of any mental health or psychiatric research being conducted in the country at that time." (Emphasis added)

And, in a report of Dr. Roberts to the Director of Health Insurance Studies, dated August 20, 1953, on the subject of the estimates for the 1954-55 Mental Health Grant, reference is made to the fact that in 1947 little more than $25,000 was spent on research in the field of mental illness in Canada. In 1948, $4,850 was the figure. By 1953, this had increased to $461,626.

Dr. Cameron, the pre-eminent psychiatrist in Canada at the time, was frustrated with the slow pace of progress in developing new psychiatric procedures. He was always looking for a breakthrough; in this he was in tune with the sense of urgency that gripped this period in the development of psychiatry. He was in the vanguard of the thrust for research in an attempt to solve the outstanding problems of mental illness. And as an ambitious professional and an expert "grantsman", he was able to keep himself in the forefront. The newspaper article attached as Appendix 35 gives something of the intensity with which Cameron viewed the cause of psychiatric research.

By the time of the eighth meeting of the Advisory Committee on Mental Health, held February 28 and March 1, 1955, Mental Health Research Grants from the Department had reached about $500,000, out of a total of approximately $1.6 million for research in the whole health field. The mental health share was thus a substantial part of the total, and the trend did not change. By the end of the 1962-63 fiscal year, a total of about $8 million had been spent on mental health research since 1948, out of a total of about $30 million for medical research in all fields.

The tremendous growth in psychiatric research demonstrated by these figures is a clear indicator of how crucially important the public service and the politicians of the day regarded the problems of mental illness, and the sense of urgency with which they and the medical profession were determined to conquer the problem. This sense of urgency was emphatically confirmed to me by the Honourable Paul Martin, Minister of Health in the early years of the National Health Grants program.

Finally, an impression of just how new the field of psychiatry was as a discipline of its own may be gained from the following starting dates for particular programs: University of Edinburgh, 1912; London, 1921; Toronto, 1936; McGill, 1943; American Board of Psychiatric Examiners, 1935; Royal College of Physicians and Surgeons - Psychiatric qualification, 1944.

5. THE PERSONALITY, CHARACTER, AND PROFESSIONAL ACTIVITIES OF DR. D. EWEN CAMERON, AND AN ASSESSMENT OF THE QUALITY OF HIS WORK

A. Personality, character and professional activities

There is attached at Appendix 36 a series of extracts from private papers of Dr. Robert A. Cleghorn, a psychiatrist at the AMI from 1946 to 1970 (when he retired). In 1964, Dr. Cleghorn succeeded Dr. Cameron as head of the AMI. They were thus long-time associates. These extracts, given to me on a strictly confidential basis by Dr. Cleghorn, constitute the best source of direct information I have seen, both as to the character of Dr. Cameron himself and as to the nature and quality of his professional work.

A number of other people I interviewed were acquainted with Cameron; and what follows reflects the views not only of Dr. Cleghorn, but of these other people as well. "Acquainted" is the right word, because it seems no one knew Dr. Cameron very well. He was an intensely shy and private man, in spite of his great organizational abilities and many public activities. For example, despite their long association, Cameron never called Dr. Cleghorn by his first name. The closest he ever got to intimacy was "Doc" - and then only on rare occasions. And Dr. Cleghorn was only once invited (socially) to Cameron's apartment in Montreal. (A U.S. citizen, Cameron's

permanent residence was located at Lake Placid, New York State, just across the Quebec border, and he apparently spent his weekends there.) Nor, it seems, were there others in the work place with whom Cameron allied himself closely. As Dr. Cleghorn points out, there was no "No. 2" at the AMI; and individual psychiatrists were free to pursue their own interests as they wished and on their own.

Dr. Cameron was born in Scotland, the son of a Presbyterian Minister. It seems that the father was an authoritarian figure, somewhat aloof from his son. A number of people I spoke to alluded to this family background as an explanation for a number of facets of Dr. Cameron's own personality: his driving ambition, his resentment of authority figures, his determination to prove himself and his ideas without reference to or intellectual guidance from the work of the great psychiatrists of the past - Freud, Jung, Adler, Meyer, etc.

As a person, he was ruthless, determined, hard-driving, aggressive and domineering, with a strong and forceful personality. He was not a person that anyone would easily or readily stand up to. He was a person much admired, but seldom liked; in some senses, he was almost charismatic.

He was sometimes aloof from his patients and colleagues alike. He seemed not to have the ability to deeply empathize with their problems or their situations.

It is easy to see how such a person could be regarded as the "mad scientist" of some media reports.

However this may be, it is clear that Cameron at the AMI was an extremely ambitious, almost a driven, man. He was motivated by ambition for personal fame as a psychiatrist and as a builder of his profession. He wanted to create, and succeeded in creating, a leading centre for psychiatric training and research. In personal terms, it would seem that he wanted nothing more than to break through the barriers to understanding mental illness that then existed and to make his mark as a world leader in research.

He received extremely good training as a psychiatrist; see Appendix 5, p. 3 and Appendix 36, Part I, pp. 109-110. In terms of his professional associations, he could not have done more. He was the President of the Canadian Psychiatric Association, the American Psychiatric Association (1953), and in 1963 became the founding President of the World Psychiatric Association, an organization largely formed through his own efforts.

He was the author of 104 papers and four books. His reputation in his profession may be gleaned from the retirement and obituary notices in professional journals (Appendix 36A). He died in 1967.

He was motivated to help mankind in his chosen field of psychiatry. While not a warm man in the sense of having close personal associations, those who knew him conclude that there is no question as to his fundamental dedication to the improvement of mankind through medicine.

He was a brilliant administrator and organizer. He took the AMI from a standing start in 1943 to the pinnacle of the huge success and reputation that it enjoyed in the late 1950's and early 1960's. He was a good teacher, dedicated to improving both the quality and number of mental health workers in Canada. When he took over at the AMI in 1943, the country was pitifully short of trained psychiatrists. By the time he retired in 1964, he had built up at McGill Canada's leading centre for the training of psychiatrists - in fact it was one of the largest in the world. Under him, more than 1,000 psychiatrists were trained, and many of these went on to attain great eminence in the psychiatric profession across the country and around the world, in academic and administrative positions and in public and private practice. Throughout his time there, the AMI was a beacon that

attracted to McGill from all over the world gifted students and outstanding professors representing a wide range of psychiatric opinion and practice.

Dr. Cameron was a strong and early advocate of the "open door policy" in the treatment of the mentally ill, a policy that attempted to take psychiatry in the public mind out of the era of the asylum, in which "untreatable lunatics" were locked away more or less forever, into an era of treatment in which mental illness was to be looked upon as just another medical affliction. He regularly held "open houses" at the Allan, to which members of the general public were invited to see the work being done there.

In general, there are two schools within the profession of psychiatry -- the psychoanalytic school (Freud), and the "physical" school that believed mental illness could be explained and cured in physical terms. Cameron was firmly in the latter camp. He did not have a great deal of faith in psychoanalysis. Psychoanalytic procedures were very time-consuming; this was very costly and, more important, meant that the patient suffered longer while waiting to be cured. Cameron's procedures, based on the "physical" approach, were designed to ease the suffering of patients in a shorter time. Cameron's methods did not work. Psychiatry is still searching for methods that will.

However, the fact that in the years since 1964 the physical approach has fallen somewhat out of fashion in favour of the analytical approach, makes it more difficult for psychiatrists and others to look at the problem through 1950's and 1960's eyes (as we must in passing judgment both legal and ethical) rather than through the eyes of the 1980's.

Finally, some background on the relationship among McGill University, the Royal Victoria Hospital (RVH) and the Allan Memorial Institute (AMI) would be helpful. McGill and the RVH are separate legal entities. However, the RVH is associated with McGill in that it is a teaching hospital of the McGill University's Medical Faculty (one of five such hospitals), and people on the hospital's staff hold cross appointments at McGill. The AMI is the psychiatric wing of the RVH and here again, the staff hold cross appointments.

Thus, Dr. Cameron held an appointment as Professor and Chairman of the Department of Psychiatry in the Faculty of Medicine at McGill University. He was also Chief of Psychiatry at the RVH, and at the same time Director of the AMI. He received a salary from McGill; in addition he obtained income from private patients. However, since the AMI was the psychiatric wing of the RVH, in medical matters he was responsible to the RVH.

B. An assessment of Cameron's abilities as a research scientist

(1) General conclusion

Dr. Cameron was not a good scientist. By this I mean, skilled as he might have been in medicine in general and in psychiatry in particular, he was not a sound practitioner of the art or skill of scientific research. Like many medical doctors of the day, especially psychiatrists, he did not have a good understanding of basic scientific methods. He would not plan his research in a proper scientific way, with clear goals in mind, with proper controls against which the results of his work could be measured, and with sufficient follow-up after the procedures had been completed to see whether the results held up over time. Like many medical doctors, his analysis of the efficacy of a particular treatment would sometimes not go much further than the observation that "the patient seems better today". Dr. J.W. Fisher, a research scientist with a Ph.D. in virology, in about 1952 wrote a draft critique (undated) on this subject while he was employed as an officer in the Mental Health Division. In it, he examined all of the Mental Health Research Grant applications and progress reports, listing their defects from the point of view of scientific methodology. The critique is attached at Appendix 37; for present purposes, perhaps his most important point, found at the end of his summary, is this:

> "In making these statements I wish to make it clear that in no instance is the integrity of the grantee and his associates questioned, nor is it implied that good research work was not done in experiments well designed to provide data, which on an appropriate analysis, would provide unambiguous answers to the questions the experimenters wished to answer. Rather, these conclusions arrived at only indicate that the majority of the grantees failed, for some reason or another, to provide evidence supporting the excellence of their work. Regarding all this I think of the words of Louis Pasteur, 'In experimental science it is always a mistake not to doubt when facts do not compel you to affirm.'"

(2) The Hawthorne and placebo effects

A major shortcoming in Dr. Cameron's methodology was his failure to allow for the so-called "Hawthorne effect", and/or the "placebo effect".

A hospital staff trying out a new procedure will often expend much more time and effort with the patient than in the case of routine treatments. Often there is an air of expectancy, even excitement. Patients do indeed appear to get better, but this is often due to the extra attention being paid to them, rather than to the treatment. Similarly, if told a new drug will help, one finds that the patient does in fact improve - even if the "drug" administered is a neutral substance (placebo). Similar effects are noted in other fields. A new method of personnel management is introduced at the office; productivity picks up; after a while, the "new" procedure becomes

routine and productivity goes back to normal. These "Hawthorne" and "placebo" effects are well known today, and they operate with particular force in the case of mentally ill patients, due to the nature of the illness. Modern scientific research is carried out in such a way as to eliminate them, through "double blind" techniques (where neither the patient nor the person administering the "drug" knows whether it is a placebo or not) and other methods.

Cameron failed to allow for these effects in his research and treatment, and he failed to discount them in assessing results. Depatterning and psychic driving involved tremendous efforts on the part of many professionals, bringing patients into intimate contact with staff over many months, even years, as is shown by the underlined portion of the quotation from one of Cameron's articles, set out in section 2.E. of this opinion.

Cameron's patients did indeed "seem to be getting better", but this may well have been due to the operation of these effects, not Cameron's treatments.

The fact that the Hawthorne effect was likely at work in Cameron's research became apparent with the results of the study on depatterning ordered by Dr. Cleghorn when he replaced Cameron as head of the Allan in 1964 (See

Appendix 38). In brief, the study shows that, in general, patients who had received depatterning were no better off than those who had not, after a few months or years (i.e. after the Hawthorne effect had worn off). It was on the basis of this study that Dr. Cleghorn stopped the depatterning procedure at the Allan.

Should Dr. Cameron have taken the Hawthorne and placebo effects into account in performing his research and treatments? A really first class scientist probably would have. That is why I have said in section 2.H. of this opinion that depatterning "was not justifiable even by the standards of the time and even in the light of the rather rudimentary level of scientific and medical knowledge of those days compared to today."

On the other hand, as Dr. Cleghorn says (Appendix 36, Part II, pp. 37-38) these effects had not reached common notice until the 1950's, and:

> "It was the 20 to 25 year period from 1935 [i.e. 1955 to 1960] before the concept of adequate controls [such as making allowance for the Hawthorne and placebo effects] had assumed a regular place in medical research, and longer for psychiatry, for it had less involvement than medicine in the basic sciences, therefore was even more laggardly." (emphasis added)

If Cameron was at fault for not taking these effects into account during research and treatment, and for not doing long-term follow-up studies on his patients to determine whether it was the treatment or something else that seemed to make them better, then he was in the company of many others. For example, as Dr. Cleghorn points out (Appendix 36, Part II, p. 37), it was not until twenty years after insulin shock therapy treatment came into effect in the 1930's that psychiatrists realized the treatment had no value for a large range of patients; patients just felt better because of the attention paid to them. Nevertheless the treatment, equally as intrusive as massive electroshock and if anything more dangerous, was still in use in Canada until well into the 1960's. Medicine and psychiatry provide many other examples of this failure to take these effects into account in the 1950's and early 1960's when the necessity for proper scientific controls was not as widely understood by the medical profession, particularly psychiatry, as it is today.

It is for this reason that in section 2.H. of this opinion I qualified the conclusion there stated (and restated three paragraphs above) with the statement that this conclusion is only apparent with the benefit of hindsight.

(3) The background for the general conclusion on Dr. Cameron's abilities as a research scientist

The state of affairs discussed in the last subsection has changed in the 1970's and 1980's, but Dr. Cameron's deficiencies in this regard were typical of the medical profession, especially psychiatry, in those days. (See the reports of Dr. MacDonald, Appendix 5, pp. 2-3 and 6; and Dr. Lowy, Appendix 6, p. 6.)

Cameron was therefore not at all unique in being deficient in scientific method and the techniques of scientific research. Research in medical fields did not really get underway until the 1930's and it was twenty or thirty years before they came to be fully accepted (see the views of Dr. Cleghorn in Appendix 36, Part I, p.111 and Part II, p.27 and p.37). In fact an examination of research by other psychiatrists active at the time shows that the scientific quality of Cameron's work, though poor, was "no less rigorous" than, or at least "not significantly worse than", those of his contemporaries in psychiatric research: See Dr. Lowy, Appendix 6, p.6, and Dr. MacDonald, Appendix 5, p.6. As further evidence of this there is the fact that his work was widely published in peer-reviewed scientific and medical journals. Moreover in Dr. Fisher's detailed assessment of the scientific quality of research programs that had been carried out to that date in mental health (Appendix 37), Dr. Cameron's

projects, though not free of deficiencies, come off well in comparison.

If, therefore, Cameron's research work in the field of massive electroshock therapy and psychic driving left a great deal to be desired from the scientific point of view, as it undoubtedly did, this failing does not in itself show that the work in question was deliberately aimed at some purpose other than the benefit of the patient. As explained, the view of the doctors I interviewed and of the three experts I engaged is that the benefit of the patient was indeed Cameron's true aim, a fact which they believe is demonstrated by Cameron's professional writing (Appendices 7 to 17).

(4) Reservations of psychologists

It is right to note here that some of the psychologists whom I interviewed hold a more sceptical view of Cameron than do the medical doctors. Also, as noted earlier, Dr. Donald O. Hebb was also sceptical of Dr. Cameron's methods and scientific abilities. Being schooled in a related field, and having the added advantage of training and experience in scientific method and in research, this attitude is perhaps natural.

What is noteworthy, however, is that, like the medical doctors, none of the psychologists spoke up in opposition to Dr. Cameron at the time when the work was being done. My conclusion is that it is only with the special knowledge that comes with an understanding of scientific methods and proper procedures for scientific research, and in some cases with the benefit of hindsight and perhaps in the light of the allegations made by the nine plaintiffs in the U.S.A., that these psychologists now find themselves more strongly critical of Cameron than the medical people.

C. Conclusions on the quality of Dr. Cameron's work and its place in the context of the times

After interviewing thirty-one people now or formerly active in the field of mental health research, and with the benefit of the opinions of three independent experts, the conclusion on all of this material that comes closest to the real truth, in my opinion, is that Cameron was a good man in the sense that he was trying to do the best he could for his patients, a good doctor in the sense that he understood his medical speciality well enough to practice it, but that the poor quality of his scientific research led him into serious error. What is clear is that, while there were private doubts about the efficacy of psychic driving and depatterning, the details of which are discussed fully at the end of this section, no one raised

these doubts at the time in such a way as to suggest that these treatments were improper. In particular, no one - whether a psychiatrist, psychologist or in another field - associated with the Mental Health Division of the Department of National Health and Welfare, or with any of its external research advisory committees, had doubts strong enough to suggest that grants ought not to be made to Dr. Cameron because of the nature or quality of the work he was carrying out.

It is also relevant to note that this is not a case of "experiments" carried out on socially disadvantaged patients who were under compulsion or did not know any better. Cameron's was a "carriage trade" practice; his patients were for the most part voluntary, having been referred to him by other doctors in private practice, both general practitioners and other psychiatrists, in the belief that he was a leading psychiatrist of the day. It was Cameron's practice to send regular written reports to the referring doctors, explaining his procedures in detail.

These facts constitute strong evidence of the high regard in which he was held, and of the views of the medical community generally as to the efficacy and propriety of his treatments.

In this connection, two points might be noted. First of all, while no depatterning and psychic driving treatments of this nature are carried out today and indeed almost certainly could not be, given today's much stricter standards of research and treatment, nevertheless some psychiatrists believe that some patients were indeed helped by these procedures. Included among these are Dr. Cleghorn himself, who knows of at least some patients who in his opinion did in fact benefit, and knows personally of no patient of whom it could be said with <u>certainty</u> that they were worse off because of the depatterning procedures than they otherwise would have been. Dr. Charles A. Roberts also feels the same way. Almost all doctors - including certainly Drs. Cleghorn and Roberts - would however agree that these procedures were false trails in the field of psychiatric research and treatment, and that on balance the treatments were of no benefit. Certainly there is no suggestion on anyone's part that the techniques should be revived today, given all the new techniques and procedures (especially psychopharmacology) now available to the profession.

It should be further noted that much more intrusive and intensive psychiatric procedures were readily accepted in the 1940's, 1950's and early 1960's than would be accepted today. For example, electro convulsive therapy was applied in the early days without the benefit of muscle

relaxants, such as chlorpromozine, curare, etc. These treatments often resulted in the patient undergoing extremely violent muscular spasms; some patients even broke their backs. In those days too, the surgical procedures of lobotomy and leucotomy were developed and in widespread use. These involved nothing less than the surgical destruction of certain parts of the brain, which did indeed succeed in relieving the patient's adverse mental condition, but at the same time destroyed the person's feelings and whole personality. The technique of insulin coma shock therapy was also highly intrusive and at least as dangerous as massive electroshock treatments. And some of the newer experimental drugs, such as LSD-25, were also highly intrusive because of their incredible power to alter the state of the mind. In the authoritative textbook, Kalinowsky and Hoch, 2d ed. (1957), massive electroshock therapy is treated without adverse comment (See Appendix 38A). None of these procedures are used now, nor would psychiatrists today recommend that they be reintroduced.

The fact is that massive electroshock therapy and psychic driving did not appear as out of place in the 1950's and early 1960's as it does today. While certainly not regarded as benign, these procedures were nevertheless not regarded as lying outside the realm of the acceptable, involving as they did intrusions of the same order of magnitude as those associated with other psychiatric techniques

of the day. And indeed, given the state of psychiatric knowledge at the time, and given the overwhelming problems with which psychiatrists were faced - hundreds of thousands of severely ill mental patients and few tools with which to relieve their agony and distress - many people I interviewed felt the medical profession was right to try new techniques. It is no argument against Dr. Cameron's procedures, any more than it is against many other equally intrusive techniques, to say that today - with our much more sophisticated understanding of the workings of the mind and our much broader range of treatments - they appear to be barbaric.

D. Knowledge held by H&W employees as to the quality of Dr. Cameron's research

None of the public servants to whom I spoke recall ever having heard any adverse views expressed, either from within Departments of government or by external reviewers or by outside research advisory panels, as to the procedures or techniques being utilized by Dr. Cameron and the AMI. If at the time of a grant application they had heard "mutterings", the practice would have been to discuss them and make an evaluation as to whether the research project in question had sufficient scientific and medical merit to warrant its being funded by agencies of government.

It is true that in those days public servants and members of the advisory panels did not consider it to be their responsibility to be much concerned about the ethics of the proposed research, or about the quality of the consent that had been obtained from the patients and/or volunteers. Compared to the attitude of today, responsibility rested much more on the doctor or scientist carrying out the research, and much less on either the institute to which he was attached or on the granting agency; it was simply assumed that ethical people did ethical things. (This point is discussed in greater detail in Section 6). Nevertheless, the persons to whom I spoke all suggested that, had there been concern that the research project was improper or unethical, and not for the therapeutic benefit of the patient, the matter would certainly have been raised either internally, by the external reviewers, or by the outside research advisory panels.

E. Conclusion on the efficacy and propriety of Dr. Cameron's research, and contemporary reservations

The evidence contained in the file materials, the evidence of the people I have interviewed and particularly the opinions of the three experts, all point to the conclusion that the work done by Dr. Cameron and his associates, though today regarded by most medical and scientific people as unsound, was not carried out for any improper purpose, but was intended by Dr. Cameron and his

associates to be of therapeutic benefit to his patients. This does not, of course, dispose of the ethical question, which is discussed in the next section of this report. Nor is this conclusion free from controversy.

There were a number of psychiatrists and other medical doctors with whom I spoke who either had doubts themselves at the time as to the propriety (and indeed the efficacy) of Dr. Cameron's work, or who heard expressions of doubt on the part of others. There were others who at the time had no such doubts, and also some who had formed no opinion. The three experts I engaged have each concluded that Cameron's procedures were acceptable given the knowledge and climate of the times, and none of the other psychiatrists or medical doctors I spoke to expressed a contrary view. I concur with this conclusion. I have thought it desirable, for the sake of completeness, to list all comments I have heard (even casual comments from those who support this conclusion) that might be taken to be adverse to it. These comments are as follows:

(1) Dr. Omond Solandt - Dr. Solandt, as chairman of the Defence Research Board, had a close colleague whose wife became a patient of Cameron and underwent the depatterning procedure. After a year, Cameron simply sent her back home and advised in a rather peremptory way that he could

do no more for her. Dr. Solandt and his colleague inferred from Cameron's report that he had depatterned the patient and was not able to repattern her. Dr. Solandt became sceptical of the efficacy of Dr. Cameron's methods and indeed formed the opinion that he was not possessed of the necessary sense of humanity to be regarded as a good doctor. He let it be known quietly, through Dr. W.N. Morton (now deceased), the Director of the Biological Research Division at the DRB, that he (Solandt) would not look favourably on any application that might be made by Dr. Cameron to the DRB for research in the psychiatric field. (The AMI did apply for, and received, grants from the DRB and these are discussed in section 3 of this opinion; but these grants were not for work in the field of psychiatric research.)

It is speculated that Dr. Morton may have passed the message on to Cameron, probably in an innocuous way by suggesting to him that there would not be much point in making grant applications to the DRB because the DRB was not interested in carrying on work within Dr. Cameron's field.

Dr. Solandt did not take this matter any further, for example, by taking official action, because he was not a psychiatrist, and because his one exposure to Cameron's procedures was of a private and personal, not of an objective and scientific, kind.

Although Dr. Solandt is not a psychiatrist, he is clearly one of Canada's most gifted scientific and medical research administrators. For this reason, I consider his contemporaneous reservation about the efficacy and propriety of Dr. Cameron's treatments to warrant very close consideration. Nevertheless, I do not consider Dr. Solandt's reservation to be of sufficient force to change my conclusions as to the legal or ethical responsibility of the Government of Canada. While it turns out that his instincts about the efficacy of Dr. Cameron's techniques were quite right, his was not a scientific but an intuitive and personal judgment based on one failure (as he saw it) of the depatterning technique. Cameron himself appears to acknowledge that in some cases the depatterning procedure was not successful; see (for example) pages 69-70 of the article attached as Appendix 15 and Dr. Cleghorn's papers, Appendix 36, Part

II, p.31. In my opinion, the casual and non-scientific observation of the failure of one - or many - patients to be improved as the result of a medical procedure is not sufficient ground on which to base a conclusion, however correct it may prove in retrospect and however eminent the observer, that Cameron's procedures were improper when judged by the standards of the day. Dr. Solandt agrees with this view.

(2) Dr. Robert A. Cleghorn - It is noteworthy that Dr. Cleghorn was doubtful, as many others were at the time, of the efficacy of the procedures. Cameron himself set up a committee in the early 1960's under Dr. Cleghorn to see what might be done to curb the excesses of one particular member of the AMI staff, whose practice was to use massive electroshock therapy in an almost indiscriminate way. The offender's appointment at the Allan was eventually terminated. And in 1964, as noted previously, Dr. Cleghorn himself, upon succeeding Cameron as Director of the AMI, set up his own committee to examine the depatterning treatment. The committee concluded on analysis of the procedures that had been followed and on examination of a large number of

patients who had received the treatment, that it had not been efficacious. To quote them (Appendix 38):

> "Results of our follow-up investigation indicate that, in terms of both recovery rate and current clinical condition, patients who received intensive electro convulsive shock therapy cannot be distinguished from those who receive other forms of treatment...The incidence of physical complications and the anxiety generated in the patient because of real or imagined memory difficulty argue against the administration of intensive electro consulsive shock as a standard therapeutic procedure."

As a result of this study, Dr. Cleghorn put a stop to the use of the procedure at the Allan Memorial Institute.

Dr. Cleghorn in his private papers describes the treatment as "therapy gone wild with scant criteria"; (Appendix 36, Part II p.88); but in my discussions with him he gave me to understand that in this passage he was addressing the general effect of the treatments on patients as judged with the benefit of hindsight, not Cameron's purpose or attitude or mind in carrying them out. As is obvious from his private papers, Dr. Cleghorn writes with considerable style and flair. On reflection, he feels the colourful phrase quoted above is an

overstatement and, as his private papers read as a whole (as well as his discussions with me) make clear, at no time, then or now, did he hold the view that Cameron's work was either scientifically or ethically improper, given the standards of the day. In fact, he concludes that Cameron's intentions were to benefit his patients, and indeed believes that some of them may in fact have benefitted from the treatments.

Finally, in 1966 at an international psychiatric conference, Dr. Cleghorn bumped into Dr. Cameron, who asked about the status of the depatterning procedures. When Cleghorn told him that he had stopped them, Cameron replied, "I thought you would."

In conclusion, it is clear to me from discussions with Dr. Cleghorn and from his private papers that in his view Cameron's work was representative of a legitimate area of inquiry given what was known at the time, but that when more information became available as a result of the follow-up study set up by Dr. Cleghorn when he became head of the Allan (Appendix 38), it

became apparent that Cameron's procedures were not efficacious, and Cleghorn therefore stopped them.

(3) Dr. F.C. Rhodes Chalke - Dr. Chalke, a psychiatrist, former employee of the Defence Research Board, lecturer at the AMI and later President of the Canadian Psychiatric Association, had some doubts at the time. He was asked, by the family, to take as a patient the widow of a former medical colleague, after she had been unsuccessfully given the depatterning treatment by Dr. Cameron. It was Dr. Chalke's job to attempt to treat her for severe depression. It was this particular experience that gave rise to doubts on his part. Nevertheless Chalke, too, did not raise these doubts publicly; particularly in light of doctor/patient confidentiality.

(4) Dr. Charles A. Roberts - Dr. Roberts was from 1951 until 1957 the head of the Mental Health Division of the Department of Health and Welfare. He had some private doubts at the time, but like others refrained from expressing them in view of Dr. Cameron's pre-eminence in the psychiatric profession in Canada.

(5) Mr. John Osborne - Mr. Osborne, a former H&W economist with no medical or scientific training, remembers attending a meeting, perhaps of the Dominion Council of Health, sometime in the 1950's. While walking down the aisle of the meeting room, he overheard Dr. G.D.W. Cameron (now deceased), the then Deputy Minister of National Health and Welfare, saying to either Dr. Charles Roberts or Dr. Ken Charron (Mr. Osborne cannot remember which) that he thought that Dr. Ewen Cameron of the AMI was going too far. This was just a snatch of conversation and was never pursued by Mr. Osborne. Neither Dr. Roberts nor Dr. Charron remember the conversation.

(6) Dr. Craig Mooney and Dr. J.W. Fisher

These persons expressed keen reservations to me about the adequacy of Cameron's work. Dr. Mooney is a psychologist, and Dr. Fisher a virologist. Dr. Mooney was at different times secretary of the Subcommittee on Research of the Mental Health Advisory Committee of the Mental Health Division, H&W, and was head of the personnel research section of the Human Resources Section of the Defence Research Board.

Dr. Fisher, as a research officer with the Mental Health Division from about 1950 to 1956/57, personally reviewed all applications for Mental Health Grants received by the Division in that period. Their reservations had to do with the lack of scientific rigor with which the research work was carried out. A more detailed discussion of Dr. Fisher's views appears elsewhere in this opinion. To repeat, the basic point is that in the 1950's and early 1960's medical researchers generally and psychiatrists in particular did not have a good grasp of scientific research methods, in contrast to psychologists and others with scientific training.

In my interview with Dr. Fisher, he considered the period in question (the 1950's) to be the "age of clinical experimentation" where new therapies were being tried quite freely and frequently. He gave the example of tranquilizers. Certainly his written assessments at the time do not suggest Cameron's work was any more inadequate scientifically than that of other researchers.

(7) Sir Aubrey Lewis - Lewis and Cameron both took their residencies in psychiatry at Johns Hopkins University in 1926 under Dr. Adolf Meyer. Their relationship, personally somewhat strained, is described in Dr. Cleghorn's notes in Appendix 36, Part II, pages 85-87. In 1957, when Lewis was head of the famous Maudsley Hospital in London, he told Dr. Cleghorn privately that he thought Cameron's depatterning treatments were "barbaric"; but on the other hand Cameron was invited to the Maudsley as a special guest lecturer in 1962 while Lewis was still in charge, an invitation that would be out of the question if there were any contemporary doubt in the mind of Lewis or that of the profession generally as to Cameron's scientific and medical competence or ethical standards.

The foregoing comments, together with those referred to in the expert reports of Drs. Grunberg, McDonald and Lowy, (Appendices 4, 5 and 6 respectively) constitute all of the comments I have heard or read which might be taken to point to a conclusion opposite to that which I have reached (namely that Cameron's research work was not improper given the practices, the standards, the level of knowledge and the climate of the time in which it was

carried out). It is noteworthy that the general thrust of these doubts had to do more with the efficacy of Cameron's treatments than with their ethical quality.

It will be appreciated that the conclusion I have reached cannot be stated in absolute terms. While all the medical people I spoke to, including the three experts, agree with it, some psychiatrists would probably disagree. My conclusion to this question, the penultimate one I have had to address, is therefore not free from controversy. The answer to the ultimate question - whether the Crown is responsible legally or morally - is in my opinion much less free of controversy. This question is taken up in sections 9 and 10 of this opinion.

6. ETHICAL CONSIDERATIONS SURROUNDING THE NATURE AND QUALITY OF DR. CAMERON'S ACTIVITIES, AND THE ISSUE OF PATIENT CONSENT

In developing this section of my opinion I have relied heavily on the opinions of Drs. Grunberg, McDonald and Lowy, attached as Appendices 4, 5 and 6 respectively.

A. Ethical standards in medical research and experimentation

We start with this, that some form of "experimentation" is essential if any progress is to be made in medicine. To quote from THE DECLARATION OF HELSINKI AS REVISED (1975),

"Recommendations Guiding Medical Doctors in Biomedical Research Involving Human Subjects":

> "Medical progress is based on research which ultimately must rest in part on experimentation involving human subjects."
>
> "In the field of biomedical research a fundamental distinction must be recognized between medical research in which the aim is essentially diagnostic or therapeutic for a patient, and medical research, the essential object of which is purely scientific and without direct diagnostic or therapeutic value to the person subjected to the research."

The Helsinki Declaration was adopted by the World Medical Association in 1964 and revised in 1975; the Working Group on Human Experimentation from the Medical Research Council of Canada has described it as the most important of many attempts to provide standards in biomedical research, and represents as no other document the consensus of the world community: see page 9 of Report No.6, "Ethics in Human Experimentation", published 1978, attached as Appendix 39; the Helsinki Declaration is Appendix C-2 to this Report.

The question is, of course, what are the legal and ethical limitations on such work?

Society's ideas on this important subject have changed considerably in recent years. They have changed in general terms and they have also changed in specific terms. As for the latter, the specific requirements imposed on medical researchers today to ensure that their work meets ethical standards are spelled out in much more detail now

than they were in the 1950's and early 1960's. Certainly scientists and medical doctors have never been ethically or legally permitted to conduct pure experiments on humans, in the sense of carrying out procedures on unwilling and unwitting victims for a purpose not intended to be beneficial to the patient, but rather for some other purpose such as the advancement of science, or to increase medical knowledge generally. However, until recent times, and certainly in the 1950's and early 1960's, much greater reliance was placed on the integrity of the person conducting the research than today. The major burden of deciding the ethical questions was placed squarely in the hands of the individual responsible investigator. To quote Drs. Lowy (Appendix 6, p.10) and Grunberg (Appendix 4, pp.9-10) there was an attitude of "benign paternalism" towards the investigator.

To be sure, the institution (in this case, the AMI) and the granting agency (in this case the Department of National Health & Welfare) always bore some measure of responsibility, as both Dr. Lowy and the MRC Report make clear. But this responsibility was vaguely defined at best until at least the late 1960's and 1970's.

In 1978, after considerable debate within the profession, the Medical Research Council of Canada produced the guidelines set out in Appendix 39. Thereafter, those

engaged in medical research of an experimental kind who applied for grants from the MRC were obliged to follow these guidelines. They are now standard in Canada, even for research in which the MRC is not the granting agency.

The research that Dr. Cameron carried out in the 1950's and the 1960's could almost certainly not be carried out today. His research project would first have to be reviewed by the scientific review committee of the AMI (or the Royal Victoria Hospital), and it is highly unlikely that they would approve his research on scientific grounds due to its weak theoretical basis and inadequate methodology. Then, the project would have to go before the ethics committee, a committee usually consisting of medical doctors, research scientists and lay people. Committees of these kinds did not exist when Dr. Cameron was active. Their existence today, though not providing absolute guarantees, makes it much less likely that a researcher could carry out scientifically weak or ethically questionable research. This is especially so since nowadays not only does the MRC require the researcher to attach to the grant application an ethics certificate from the institution's ethics committee, but also officials within the civil service who review the application, the external reviewers and the research advisory panels are to raise any concerns of an ethical nature that they might have in regard to the proposed research. While this was

also true in the 1950's and early 1960's, the custom then was to place much greater reliance on the integrity and competence of the investigator. Only in a clear case would the external reviewers be expected to raise ethical concerns. And, as detailed in section 5, I have uncovered no evidence to suggest that such concerns existed or were brought to the attention of the granting agency in relation to Dr. Cameron's research.

The difference in approach between Cameron's time and our own may be discerned by examining the current MRC grant application form and ethics certificate at Appendix 40 and comparing it to the actual application signed by Dr. Cameron in the Mental Health Grant Project No. 604-5-433 at Appendix 41. Neither the latter application nor the then current departmental memoranda on research grants, found at Appendix 26, refer to the question of ethics.

B. The question of consent

I turn now to the question of consent. The practice in the 1950's and early 1960's was to obtain a form of general consent. From the Orlikow and Morrow cases, we have examples of the kinds of consent actually obtained by the AMI. These consents, together with those for two other plaintiffs in the U.S. law suit (Mrs. Zimmerman and Mr. Weinstein), are attached at Appendix 42. See also Appendix 1A, p.14.

The fact is, general consents of this kind were regarded by all in those days as ethically adequate, and in addition they were sufficient in law to shield the doctor and the institution from legal liability.

Today the situation has been substantially altered. This is due to the adoption since those days of the doctrine of "informed consent", under which in experimental proceedings or novel therapies the patient must be given a full explanation of what is going to happen, the likely side effects, alternative treatments available if any, the consequences of not taking the treatment etc. (Here it should be noted that while Dr. Cameron's procedures were initially experimental or at least in the nature of therapeutic research, he later looked upon them as routine. It should also be noted that neither in the 1950's and early 1960's, nor today, do granting agencies concern themselves with the question of consents from individual patients. It is simply assumed that such consents will be obtained.)

C. <u>Some developments subsequent to Dr. Cameron's tenure at the Allan in the matters of consent and choice of treatment</u>

The following developments will highlight the changes that have occurred since Dr. Cameron's time:

(1) The Halushka Case: This case, cited as Halushka v. University of Saskatchewan et al. (1965), 53 D.L.R. (2d) 436, (Sask. C.A.) established clearly the doctrine of informed consent in medical experiments. The doctrine has since been elaborated and extended.

(2) The "Patient's Rights" movement: This movement began in the mid 1960's in the U.S., as is evident from the September 1985 article attached as Appendix 43, taken from "Canada's Mental Health", a journal published by Health and Welfare Canada. The article gives the history of the Patient's Rights and Ethics Committee at the Douglas Hospital Centre in Montreal (formerly the Verdun Protestant Hospital). The Committee began in 1966 in response to a new development from the U.S.: the requirement of the U.S. Department of Health, Education and Welfare that any institution seeking research grants from the U.S. government needed to have an ethics committee review the research protocol before they could qualify. See also Schwartz, "Institutional Review of Medical Research" (1983), J. Legal Med. 143.

(3) The Helsinki Declaration, found at page 61 of Appendix 39, came out first in 1964. The Nuremburg Code of Ethics in Medical Research (on which Dr. Cameron worked), a result of the post-war Nuremburg Trials, was found inadequate to meet the changing views of society on control over biomedical research. Hence the 1964 Declaration.

(4) Dr. Edmund Pellegrino, Professor of Medicine and Medical Humanities at Georgetown University, Washington, D.C., and Director of the Kennedy Institute of Ethics at the same University, is a recognized expert in the field of medical ethics. In his Killam Memorial Lecture at Dalhousie University on October 24, 1985, Dr. Pellegrino said that until 20 to 25 years ago (i.e. between 1960 and 1965), during the 2,500 year history of medical ethics, the decision as to choice of treatment was made by the physician alone. The physician was the final authority both technically and morally, and his decision was not questioned.

(5) Thalidomide: The thalidomide disaster of the early 1960's opened the eyes of both the public and the medical profession to the tremendous dangers that new drugs (and by extension, other treatments) could pose if not carefully tested before being used on humans. After the shock of thalidomide, the public and the medical profession alike began to give much more attention to the unknown effects of medical treatments generally and drugs in particular.

The changes in society's thinking brought about by these developments and others like them have been rapid and profound. All of them occurred after Dr. Cameron retired from the Allan, or just at the end of his tenure there. It is difficult now to step back from the new environment created by these developments and look at the matter through the spectacles of the 1950's and early 1960's, but it is essential to do so if we are to render a true judgment. Neither legally nor morally should we impose today's standards in the matters of consent and choice of treatment upon the actions of those who in good faith conducted themselves in accordance with the laws and the ethics of the day.

7. THE INVOLVEMENT OF THE CIA

A. General conclusion

There is no doubt that the CIA funded Dr. Cameron to conduct research work at the AMI in the field of psychic driving, in combination with the usual concomitants of depatterning, sleep therapy, sensory isolation and drugs. Total funding apparently amounted to $84,820 and was spread over six years, from 1957 to 1962. (See Tab H of the Affidavit of John Marks in the Orlikow case, sworn April 30, 1981, attached at Appendix 44; there is conflicting information within Tabs G and H as to the exact time frame of the funding and the amounts involved, but it will be assumed for purposes of this opinion that the later date (1962) and the higher amount (stated above), are correct.)

In preparing this opinion, I have not had access to CIA file materials, other than the publicly available information specifically referred to. Nor have I had access to patient's records. Because of these limitations to my mandate, it is impossible to reach a conclusion as to what role (if any) the CIA actually played in instigating, directing and controlling the treatments given to individual patients. It follows that any inferences I may draw in this regard are necessarily tentative and speculative.

What is clear, however, is that the allegations as to treatments made by the nine U.S. plaintiffs are consistent with the supposition that the CIA was only involved in funding and was not involved in instigating, directing and controlling Cameron's work; and that Cameron was simply applying treatments of a kind which, by the time he applied for funding from the Society for the Investigation of Human Ecology (the CIA "cover" organization), had become standard practice for him. This conclusion is based on a comparison of the procedures alleged generally by the nine U.S. plaintiffs, with those in general use at the time at the Allan; it will be appreciated that, in the absence of patient's records, no conclusion can be drawn as to the propriety of any particular treatment in the case of any particular plaintiff.

Because questions about what happened at the AMI can be answered without reference to the CIA's role, it follows that in a sense, the CIA's role is a side issue in reaching the conclusions arrived at in the rest of this section of this opinion. I have, however, considered it important to discuss this role, both to explain how I arrived at these conclusions, and because of your request that I address the question of the government's wider (i.e. extra-legal) responsibilities - a question which, in view of the public attention which has been paid to the matter of CIA involvement, cannot be fully addressed without reference to what is known about that involvement.

B. The context of the times

During World War II, scientists from the United Kingdom, United States and Canada had cooperated to the fullest possible extent. This cooperation continued in a quite natural way for a long period after the war, heightened by the engagement of the three countries in the Korean War of the early 1950's.

The June 1, 1951 meeting that took place in the Ritz Carlton Hotel in Montreal, described in section 3 of this opinion, was the starting point for cooperative effort among the three countries in defence-related research into problems of the mind. As a direct result came the research on the effects of sensory deprivation carried out by Dr. Donald O. Hebb at McGill.

C. Understanding between Canada and the U.S.

At that time, so I am advised by Dr. Solandt, Chairman of the Defence Research Board from 1946 to 1957, there was an unwritten understanding between DRB (including the Chiefs of Staff of the Canadian Services, who were members of the DRB), and their opposite numbers in the U.S. Defence Department and all three U.S. Services, on the subject of classified defence-related research. It was agreed that neither government would fund defence research of a

classified nature that was to take place in the other country. Instead, if (for example) the U.S. wanted to have some research done in a particular field, and considered the work could best be done in Canada, they would inform the DRB,and if the DRB considered that the project fell within its mandate and was not unsuitable on some other ground, then the DRB would fund the research directly itself. The U.S. did not directly reimburse Canada for this work but there was a rough quid pro quo in that, when Canada requested the U.S. to do certain work in exchange, the work would be done south of the border and at U.S. cost.

The reason for this arrangement was so that Canadian researchers would not be placed in the position of being under a duty of confidentiality to a foreign government concerning the results of the classified research, and as a result be unable to transmit the results to their own government.

Dr. Solandt has advised me that on a couple of occasions, U.S. government agencies made plans to, or actually attempted to, fund classified research in Canada directly, in contravention of this unwritten understanding. I am not clear whether this was done deliberately or by mistake, but in any event the plans or attempts were discovered and the projects were either terminated or continued by the DRB in collaboration with the U.S. Agency that needed to have the work done in Canada.

I asked Dr. Solandt whether the unwritten understanding extended to unclassified work funded by defence agencies of the U.S. government. While strictly speaking it did not, Dr. Solandt said that Canada would have taken "a pretty dim view" of attempts by U.S. defence agencies to fund research without checking with the DRB, even if that research was not of a classified nature.

Dr. Solandt had not heard of the Society for the Investigation of Human Ecology, nor had he heard of any CIA funding of research projects in Canada and in particular Dr. Cameron's work at the AMI until reading the newspaper reports of the past few years. Had he known of such funding at the time when he was in the public service he would have disapproved of it, even though Dr. Cameron's work was unclassified, on the basis that such funding ran counter to basic understandings even if not counter to the particular unwritten understanding that obtained with respect to classified research.

There was of course, and continues to be, a great deal of openly acknowledged funding of unclassified research in Canada on the part of U.S. government agencies. These include the U.S. Surgeon General, the U.S. Armed Forces, and the National Institutes of Health. The point is simply that, in Dr. Solandt's view, the ultimate source of funding for such work should indeed be openly acknowledged.

D. The Society for the Investigation of Human Ecology

The next matter to consider is the composition and practices of the Society for the Investigation of Human Ecology. In accordance with my mandate I have not made any enquiries in the U.S. For what follows I have relied on publicly available information most of which I have located in Canadian Government files.

The Society for Investigation of Human Ecology, Incorporated ("SIHE") was a research funding agency based in New York City. It was incorporated in 1955 by Dr. Harold Wolff, a neurologist at Cornell Medical School, with himself as President. In 1961 the Society changed its name to the Human Ecology Fund, Inc. It received its funds from a number of "legitimate" sources, and was also used as a "cover organization" through which the CIA funded research projects in which it had an interest. The CIA closed down the "front" in 1965.

The Executive Director of the Society was Colonel James L. Monroe. His salary was paid by the CIA, according to John Marks, author of "The CIA and Mind Control: The Search for the 'Manchurian Candidate'" (McGraw-Hill, 1980). CIA documents confirm that the Cameron project was to be monitored by Monroe: see Appendix 45, para. 9(2). Monroe visited Dr. Cameron in Montreal while supervising

the grant. (See letter of Colonel Monroe at Appendix 45A; see also Appendix 44, Tab E, where Leonard Rubenstein (an associate of Cameron's in the CIA-funded project) says he remembers meeting Monroe). Colonel Monroe has stated that only 25-30% of the Society's funding came from the CIA (Tab E, Appendix 44), but in a newspaper article at the same tab, Dr. Lawrence Hinkle, a former director of the Society, says most of the support came from the CIA; and in his book Marks puts the actual figure at over 90%.

However this may be, it is clear from U.S. government statements that the CIA was involved with Dr. Cameron's research, and for purposes of this opinion I have assumed that all of such funds originated with the CIA. This conclusion seems to be borne out by the CIA materials at Appendix 45B.

A brief word on the background of the MK Ultra program is in order. MK Ultra was the name given to an extensive CIA program of research into behavioural modification, including the use of drugs and other techniques. The psychic driving research which Dr. Cameron carried out with SIHE grant money was designated by the CIA as "MK Ultra Subproject 38".

E. Dr. Cameron's grant application to the SIHE

On January 21, 1957, Dr. Cameron made his application to the SIHE for a grant for $19,090 for two years. The application is attached as Appendix 18. In it will be seen reference to the psychiatric procedures under review here. What is clear both from this application and from the scientific literature is that Cameron had certainly developed and put into practice the techniques of depatterning and psychic driving a number of years before he made his application to the SIHE. He stated in his application that the "first objective" of the SIHE research was to improve the psychic driving technique. The use of specific drugs, including curare, to "inactivate the patient" during driving was mentioned. The use of LSD 25 to "break down ongoing patterns of behaviour" was also mentioned. The "second objective" was to measure the amenability to change of certain physiological functions as a consequence of the repetition of verbal signals. The original application was granted and then extended for two further years. Altogether, as stated above, Cameron received the sum of $84,820 (or rather the AMI received this sum, because Cameron's application specified that there was to be no remuneration for himself.)

It should be noted here that, with one exception, no one I spoke to had ever heard of the SIHE, or of any CIA funding

of research in Canada, in particular research at the AMI, until reading about it in the newspapers in the late 1970's and early 1980's. One person, Dr. Ruth Hoyt, was once asked at McGill in the 1950's, by persons not remembered, if she had heard any rumours about CIA funding of Dr. Cameron's research. She had not.

F. The position of the U.S. government

The position of the U.S. government is that, while they acknowledge the grant from the SIHE to the AMI, and the CIA participation in the SIHE, the CIA did nothing more than fund an ongoing program of research. They deny that the CIA in any way instigated or controlled or directed Dr. Cameron in his work. They were simply interested in seeing the research program carried out and in obtaining the results. A Note from the U.S. Embassy on this point is attached as Appendix 48.

G. The CIA and Dr. Cameron's research activities

The question next arises, did the CIA direct, control or guide Cameron's research activities in such a way that the "treatments" administered to patients were not intended to be for their benefit, but instead were intended to be pure experiments on unwilling and unwitting victims?

In attempting to answer this, one must first look at the prior question: Did Cameron even know that the CIA was behind the grant from the SIHE?

In the first place, I have seen no direct evidence that this was Cameron's purpose. It might be argued that the fact that Cameron carried out these highly intrusive and intensive procedures at all constitutes such direct evidence, especially in view of the fact that they did not work. But such evidence is equally consistent with the conclusion that Cameron's procedures were intended to be of benefit to his patients. The fact that they did not work is not proof of anything sinister, as there have always been and always will be cases of medical misadventure, where new techniques have been tried and have failed. Such evidence is also consistent with the suggestion that the CIA was interested in merely supporting on-going research in areas of interest to it. It is easy to imagine why Cameron's research into the techniques of psychic driving would be of interest to the CIA in the context of its MK Ultra program, even if such research was not controlled or directed by the CIA.

Second, all of the medical people with whom I spoke were strongly inclined to doubt it, as were almost all the others I spoke to.

Third, the indirect evidence seems to me to point to the conclusion that CIA control of Cameron's work is quite unlikely. The following considerations suggest this conclusion:

(1) It is difficult to believe that an agent of the CIA bent on performing "brainwashing" experiments on unwilling and unwitting victims could keep his excesses and ultimate purposes secret from the other psychiatrists, nurses and staff at the AMI.

(2) All of the procedures in the sensitive areas - depatterning, psychic driving, sensory isolation, sleep therapy and psychopharmacology - were in fact in use by Cameron long before the CIA became involved. The SIHE application only proposed improvements in existing psychic driving procedures. This is clear on the face of Cameron's application to the CIA (see Appendix 18) as well as from Cameron's published literature. Indeed, at least one of the nine U.S. plaintiffs (Mr. Robert Logie) appears to have been in and out of the AMI before the application to the SIHE for funding was made (Sunday Star, Aug. 18, 1985).

(3) Not only were these procedures widely used, but they were widely written about, both in the scientific and medical journals and in the popular press. Cameron never made any attempt to keep his work secret; indeed he flaunted it: see for example the newspaper article at Appendix 48A. He believed in the importance of communicating his work to the public, so as to create a good name for his Institute and for psychiatry in general. It seems to me a servant of the CIA would have kept a lower profile.

(4) In at least three of his publications, Cameron did acknowledge the SIHE's funding of his work (Appendices 9, 11 and 14); it seems unlikely to me that he would give this public acknowledgement if he knew all along the CIA was behind SIHE's funding of the project. Moreover, the SIHE in turn referred in public reports to the work Cameron was doing in psychic driving: See Appendix 44, Tab G. (On the other hand, it might be argued that such public acknowledgement of a funding source constituted part of the "front").

(5) Cameron, in fact, put a stop to what he regarded as excessive use of massive electroshock by one of his associates. This point is discussed by Dr. Cleghorn in Appendix 36, Part II, p.71 and pp.88-89. It seems unlikely to me that someone whose purpose was to destroy other peoples' minds so that he could give the results secretly to the CIA would be troubled by the excesses of a fellow psychiatrist working with him at the AMI.

(6) At least two of Cameron's H&W projects, Nos. 604-5-14 (1950-1954; $17,875.00) and 604-5-432 (1961-1964; $51,860.00) had to do with the same subject matter as the SIHE research. One of these projects was completed three years before the SIHE application was made; the second began as the SIHE project was coming to a close. These facts suggest that SIHE project was simply part of a continuing program of research into new psychiatric methods.

(7) A number of documents suggest he did not know of CIA involvement:

(a) The internal CIA document at Appendix 45 states as follows:

"9. In view of the fact that McGill University is in Canada, the following security consideration should be noted:

(1) Dr. Cameron, the principal investigator, and his staff will remain completely unwitting of U.S. Government interest.

(2) The project will be monitored by Col. James Monroe, staff member of the Society.

(3) No Agency staff personnel will contact, visit or discuss this project with Dr. Cameron or his staff under extreme circumstances.

(4) If it is necessary for Agency personnel to contact Dr. Cameron or his staff, the matter will be discussed with the Office of Security and the desk involved for their evaluation and advice as to the proper procedures to be taken." (emphasis added)

(b) John Marks, in his book "The Search for the 'Manchurian Candidate': The CIA and Mind Control", McGraw-Hill, 1980, states in a footnote at p.133:

> "Cameron himself may not have known that the Agency was the ultimate source of these funds which came through a conduit, the Society for the Investigation of Human Ecology. A CIA document stated he was unwitting when the grants started in 1957, and it cannot be said whether he ever found out."

Chapter 8 of Marks' book, which deals at length with Cameron's work, is attached at Appendix 46. Mark's request under the U.S.

Freedom of Information Act was the origin of much of the subsequent press interest in this matter.

(c) In his testimony of August 3, 1977 before the United States Senate, Mr. John Gittinger, a former psychologist with the CIA, stated (see Appendix 44 Tab F):

> "The Agency in effect provided the money. They did not direct the projects. Now, the fact of the matter is, there are a lot of innocent people who received the Society for the Investigation of Human Ecology money which I know for a fact they were never asked to do anything for the CIA but they did get through this indirectly. They had no knowledge they were getting CIA money."
>
> "I will say it was after the fact thinking. It was utter stupidity the way things worked out to have used some of this money outside the United States when it was CIA money. I can categorically state to my knowledge all the way across of the human ecology functions, but to my knowledge, and this is unfortunate, those people did not know that they were getting money from the CIA, and they were not asked to contribute anything to CIA as such."

(d) The U.S. government has said that available evidence indicates that Cameron and his staff did not know of CIA involvement: See Appendix 48.

(e) Leonard Rubenstein, one of Cameron's colleagues in the SIHE research, has stated that he knew of no CIA connection: See Appendix 44, Tab E.

(f) An External Affairs memorandum to file dated March 1, 1984 suggests that a person (name deleted, but presumably a colleague of Dr. Cameron) was unaware of CIA involvement: See Appendix 47.

On the other hand, on the CBC television show "Fifth Estate", Mr. James Turner, law partner of Mr. Joseph L. Rauh, U.S. attorney for the nine Canadian plaintiffs who have brought suit against the CIA, states that Mr. Gittinger caused a representative of the CIA to telephone Cameron at the AMI and invite him to apply to the SIHE for funding, informing him that the funds originated from the CIA. I have not of course seen the basis for Mr. Turner's statement, and thus I cannot verify or refute this claim.

It is of course intellectually conceivable that, at bottom, Cameron was a mad scientist, conducting experiments on unwilling and unwitting victims for some purpose other than the ultimate benefit of his patients and at the

bidding of some third party like the CIA. But in my view this conclusion is unlikely for all of the reasons given above.

In my opinion, it is more likely that the CIA was simply interested in "buying results" in ongoing research which it in no way controlled or directed. In drawing these inferences I am supported by the view of the former President of McGill, Dr. Bell, who had the matter looked into from a university perspective in 1979 (See Appendix 48B).

Finally, it may be asked whether it makes any difference even if Cameron did know that the CIA was behind the SIHE's funding. In the cold war climate of late 1950's, accepting a research grant from the secret service agency of a friendly country would not carry the sinister overtones it does today. The CIA was not as much tarred with the "dirty tricks" brush as it is today. If therefore Cameron did know of CIA involvement, that fact standing alone does not seem to me to be proof of ill intent. Like many scientists, Cameron would take grant money wherever he could find it without taint: Appendix 47 touches this point. Given the climate of the times therefore, one might well conclude that Cameron believed the CIA's money was indeed untainted, that he accepted it in good faith, and that to prove fault it would be necessary to show in

addition that Cameron had agreed to, and in fact did, carry out secret, non-therapeutic experiments on the minds of unwilling and unwitting victims.

H. Conclusions

If the inferences in the above two paragraphs are correct, it follows that the whole question of CIA involvement is a red herring in so far as this opinion is concerned. The issue here is not whether the CIA ultimately funded some of the work of the AMI; the issue is whether the work that Cameron did was proper or improper, and whether the Canadian government as one of the granting agencies to the AMI bears any responsibility in the event such work is found to be improper.

In saying this, I am of course conscious of the fact that the CIA funding does raise extremely grave questions about the violation of Canadian sovereignty by a foreign government. But however important, these questions raise quite separate issues, and they should not be confused with the issue with which I am dealing.

In accordance with my mandate, I have not addressed these sovereignty questions.

In reaching these conclusions I repeat that I have not seen any information from CIA files in the possession of the U.S. other than the publicly available information referred to above. Consequently, my inferences concerning Cameron's involvement with the CIA are tentative and speculative, and may well need to be changed should the Canadian government take up the proposal of the U.S. Secretary of State that the CIA files be reviewed by Canadian officials, or should other information come to light from other U.S. or Canadian sources. (It may even be argued that the internal CIA memorandum of October 31, 1978 from its General Counsel to Robert H. Wiltse, attached at Appendix 48C, itself suggests a conclusion opposed to that which I have reached; but this memorandum standing alone does not, in my view, assist one way or the other.)

8. THE ORLIKOW AND MORROW CASES

Mrs. Velma Orlikow and Dr. Mary Morrow, two of the plaintiffs in the U.S. lawsuit, also brought action in Quebec in respect of the treatments they had received at the Allan. Summaries of the two cases are attached at Appendices 49 and 50 respectively.

A. The Orlikow case

Mrs. Orlikow's case was commenced in April, 1979 and was settled out of court after evidence was given but before a judgment was rendered. Media reports suggest a settlement figure of $50,000, being the amount of the fees paid by Mrs. Orlikow to the Allan.

What is clear from the evidence is that Mrs. Orlikow had been quite seriously ill since 1951, having been treated with little or no improvement by a number of professionals, including staff at the Mayo Clinic. These treatments included psychotherapy, electroshock treatment and drugs, including Largactil. She came to Dr. Cameron in November, 1956 on the recommendation of her physician in Winnipeg, and remained a patient of Dr. Cameron off and on until May, 1964. Following Dr. Cameron's retirement from the Allan in 1964, Mrs. Orlikow continued to visit him at his Lake Placid home. While under Dr. Cameron's care she allegedly underwent depatterning, sensory deprivation, psychic driving and psychopharmacological treatments, including LSD, sodium amytal, desoxyn and Largactil.

The expert psychiatric evidence presented at the trial is in conflict. Mrs. Orlikow's expert, Dr. Paul-Hus, testified that Cameron's treatments were "very unusual" and of an experimental nature. Dr. Alan Mann, the defendant's

expert, in effect agreed that in general psychic driving and electroshock treatments did not work in the manner in which they were then applied, but said that both procedures (i.e. replay of taped messages and electroshock therapy) are still in use, though in a different way. He said in effect that one had to make allowances for the fact that much less was known in the 1950's and early 1960's about how to treat the mentally ill, and it was in light of this lack of knowledge coupled with a strong desire to conquer the suffering of the mentally ill that one must judge Dr. Cameron's treatments.

In view of the fact that there are no judicial findings of fact in the Orlikow case, conclusions from it are difficult or impossible to draw, and I have drawn none for purposes of this opinion.

B. The Morrow case

Dr. Mary Morrow is a psychiatrist who formerly worked for Dr. Cameron at the Allan and had assisted him in administering depatterning treatments to patients there. In 1960 she herself became a patient of Dr. Cameron, and received electroshock treatments towards depatterning. In 1967 she brought action for damages against the Royal Victoria Hospital and the estate of Dr. Cameron.

In a 1978 judgment of the Quebec Superior Court, her action was dismissed.

In January, 1985 the Quebec Court of Appeal permitted Dr. Morrow to re-open the case and to introduce new evidence not available at the time of the original trial, to the effect that the CIA funded Cameron to carry out brain-washing on patients. This evidence has now been submitted to the Clerk of the Court. I understand, however, that it will be at least eighteen months before the court hears the appeal based on this new evidence.

The trial judgment concludes, in effect, that there was no wrong-doing by Dr. Cameron, that intensive electroshock was a standard procedure at the time, and that Dr. Morrow had given full consent to the treatments.

In view of the strong judgment of Bourgeois, J. of the Quebec Superior Court, reached after hearing extensive expert evidence (including that of Dr. Robert Cleghorn who, incidentally, was called to the stand by the Plaintiff but whose evidence strongly favoured the Defendant), I conclude that this case stands as a strong precedent, at least on intensive electroshock therapy, and at least until the Quebec Court of Appeal renders its decision. Since the new evidence taken last year on the subject of the CIA's funding of Cameron's research is privileged, I

have not had an opportunity to review it. I am therefore not in a position to predict how the Court of Appeal will decide. Depending on how the court decides and on the basis of what evidence, the result could well provide a very strong precedent at the Appeal Court level, both on the question of intensive electroshock therapy and on the conclusions to be drawn from CIA involvement in funding research at the Allan.

9. LEGAL PRINCIPLES APPLICABLE TO THIS CASE, AND CONCLUSIONS OF LAW

A. Preliminary assumption

A complete discussion of the applicable legal principles, authorities and my conclusions thereon will be found at Appendix 51. These conclusions are based on the assumption that a potential plaintiff could prove Dr. Cameron's conduct to be tortious in the first instance. In my opinion, this assumption is not warranted. While the matter is not free from doubt, and (as explained above in section 5) would be the subject of controversy among psychiatrists, in my opinion the weight of evidence and of legal precedent points to the conclusion that no tortious liability would be found to exist if the matter were litigated. Of course, in stating this I am assuming that such litigation would be decided on the general question

of whether Cameron's procedures were proper or improper in themselves given the climate and knowledge of the times, and would not turn on such questions as whether the particular treatments used in the case of a particular plaintiff were appropriate for that individual or, if so, whether the treatments were carried out in a negligent or a proper manner.

In reaching this conclusion I have relied on the expert opinions of Drs. Grunberg, McDonald and Lowy, as well as on the factual analysis set out in the foregoing sections of this opinion.

If this analysis is correct, and a plaintiff could not establish legal liability against the Allan or the estate of Dr. Cameron, or some other person having responsibility for a plaintiff's treatment, then a fortiori no legal liability can be established as against the Crown.

B. Legal analysis

Assuming, however, that the foregoing analysis is incorrect, and that a plaintiff could prove tortious conduct as against the Allan or some other party, the question still arises as to whether the Crown is legally liable by reason of having funded certain of the research work of Dr. Cameron and the Allan. I have reached the conclusion that

the Crown would not be liable, for the reasons set out in Appendix 51. The following is a brief summary of those reasons.

The Crown is liable only under the conditions prescribed in the Crown Liability Act. In the context of this case it must be shown that a servant or agent of the Crown caused damage by his fault or was liable in tort. A potential plaintiff might advance three arguments:

(1) Servant or agent of the Crown

It might be argued that Dr. Cameron was a servant or agent of the Crown for whose torts or delicts the Crown is vicariously liable. The evidence shows clearly that Dr. Cameron was neither a servant nor an agent of the Crown. Consequently the Crown cannot be liable on that basis.

(2) Authorization or ratification

It might also be contended that the tortious conduct of Dr. Cameron was authorized or ratified by servants or agents of the Crown. By using this analysis a potential plaintiff would endeavour to attach secondary liability to the

servant or agent and thereby fix vicarious liability on the Crown. Secondary liability, whether by way of authorisation or ratification, is imposed only where the person sought to be made secondarily liable possesses knowledge that the acts alleged to have been authorised or ratified were tortious in nature. The evidence here is, however, bereft of any suggestion that any governmental official, whether servant or agent, knew of the tortious character of Dr. Cameron's research and treatment (assuming such tortious character could be proved in the first instance). It therefore follows that this approach would not result in a finding that the Crown was legally liable in respect of Dr. Cameron's research.

(3) Duty to control

The third avenue of attack for potential plaintiffs is to assert that a servant or agent of the Crown owed a duty to them to control the conduct of Dr. Cameron. The courts have recently enlarged the concept of "duty" in cases of this kind. A plaintiff could now arguably maintain that there is some legal basis upon which a granting agency might be legally liable to the

patient in the event medical research goes wrong. (It is interesting to note that the National Cancer Institute of Canada has recently decided to require grantees and their institutions to sign forms of indemnity by which the NCI is held harmless in the event suit is brought against it for the research activities of its grantees: See Appendix 52 attached.) Although this expansion of the concept of duty has probably not yet run its full course in the courts, and may well in future years be developed to the point where plaintiffs might succeed in a case of this kind, I do not consider that the law as it presently stands would permit a plaintiff to recover. My reasons follow.

The courts recognize such a duty only in two types of case:

(i) where there is a "special relationship" between the defendant on whom such a duty is sought to be imposed and the third party, here Dr. Cameron, and

(ii) where there is a "special relationship" between the defendant and the plaintiff.

In the first case, there is a "special relationship" (and a duty is imposed) only where there is a right and ability to control the third party. The provision of research funds to Dr. Cameron does not carry with it a "right and ability" to control him, and thus there was no "special relationship" between the Crown and Dr. Cameron.

As for the second case, there is no "special relationship" between a potential plaintiff and the Crown.

C. Conclusion

It therefore follows that in the circumstances the Crown is not legally liable for the conduct of Dr. Cameron, assuming such conduct could be proved tortious in the first instance.

D. Limitation of Actions or Prescription

The legal analysis above and in Appendix 51 has been carried out without regard to the provisions of any applicable law limiting the right of a plaintiff to bring action because of the passage of time.

E. Civil Law

Mr. James M. Mabbutt, Counsel, Constitutional and International Law, Department of Justice has reviewed Appendix 51 and has confirmed that, from a Quebec civil law viewpoint, the conceptual analysis is complete and accurate and supports the conclusion of no delictual liability. While I take responsibility for the legal research necessary to formulate this opinion, I am not qualified to practice in the Province of Quebec, and I have therefore relied on Mr. Mabbutt's opinion in so far as conclusions stated herein are controlled by the law of Quebec.

10. THE WIDER RESPONSIBILITIES OF GOVERNMENT

A. Further discussion of the "penultimate question" - whether Dr. Cameron's treatments were proper or improper

Two points arise here: whether the treatments were irresponsible or reckless even on the assumption Cameron had no knowledge of CIA involvement; and the question of that involvement.

On the first point, Dr. Cameron must have known that the large doses of electric shock applied in the depatterning procedure, and the large number of seizures produced,

could result in brain damage. It was well known at the time for example that epileptics subjected to many seizures often suffered brain damage. And psychic driving was largely untried.

On the other hand, it would appear that the patients selected for these treatments were very disturbed, and that other psychiatric procedures had failed to help them. To the extent that patients' individual medical records might show on examination that some individuals who were not severely disturbed were subjected to the treatment, then for such cases it might be said that the treatments bordered on the irresponsible. I of course have not seen, nor have I sought, information relating to any of the former patients at the Allan, and consequently any conclusions would be in the realm of speculation.

Given the standards of the time, and allowing for his ambition, and based on the interviews I have conducted, the files I have reviewed and especially on the opinion of the three experts with whom I have consulted, I have reached the view that Dr. Cameron was operating within those standards. Perhaps the conclusion that comes closest to the truth is that he acted incautiously, but not irresponsibly. Most psychiatrists did not make the mistakes he did in developing and applying the depatterning and psychic driving techniques, but this was out

of a sense of caution in the face of the highly intrusive and extremely intensive nature of the treatments.

As for the second point, all medical treatments (even aspirin) involve a balancing of pros and cons, an exercise of judgment. Very few treatments are wholly innocuous. A patient is entitled to a physician's judgment, exercised on behalf of the patient and no one else, as to whether the proposed treatment constitutes a reasonable "cost-benefit". Were Dr. Cameron's assessments carried out on the patients' behalf, or for other purposes? I have not seen enough evidence to allow a factual conclusion to be drawn on this point; and of course one cannot read the heart, even after all the evidence is in. In my view, the evidence that is available is consistent with the conclusion that he did in fact exercise his judgement on his patients' behalf.

B. <u>The "ultimate" question -- the Crown's responsibility</u>

I turn now to the ultimate question. Let us assume, contrary to my own conclusion, that Dr. Cameron did in fact carry out procedures on patients for some purpose other than the patients' benefit. Alternatively, and less menacingly, let us assume that Dr. Cameron did in fact blur the distinctions among experimentation, new techniques intended to be therapeutic (therapeutic trials), and routine treatment. Let us further assume in

both cases that some individual patients were not helped but suffered damage. On these assumptions, the question is: Does the Government of Canada bear any moral responsibility towards those patients?

In my opinion, given the climate of the times, and the prevailing practices as to medical research and experimentation, ethics and consent, the Government of Canada cannot be expected to bear responsibility for what happened at the AMI, even assuming (contrary to my own conclusion on the point) that Dr. Cameron crossed over the line of the acceptable in medical research. The government's research grants were at all times subject to reviews both internal and external; no adverse comments were brought to the attention of those responsible.

The granting agencies did not know - and could not know - of any ulterior motive on Cameron's part (assuming there was one). Nor, given the way these questions were commonly dealt with at the time, did they know - or could they know - of any failure on Dr. Cameron's part to observe the distinctions among experimentation, therapeutic trials and routine treatment.

It is difficult to see how moral responsibility can lie on the government in such a situation.

In Appendix 53 will be found a discussion of the question of compensation in the absence of legal or moral responsibility.

11. FINAL CONCLUSIONS

For the reasons stated in sections 9 and 10, in my opinion the Government of Canada bears no legal or moral responsibility for the activities of Dr. D. Ewen Cameron. I repeat that this conclusion does not mean that no one has a cause of action on the ground that some particular course of treatment was inappropriate for the illness being treated, or inexpertly or improperly administered.

I will conclude with a statement of Lord Denning, M.R., a statement roughly contemporaneous with the matters in issue here, in Roe v. Minister of Health, [1954] 2 Q.B. 66, at pp.83-84, cited by Bourgeois, J. in the Morrow case:

> "It is so easy to be wise after the event and to condemn as negligent that which was only a misadventure. We ought always to be on our guard against it, especially in cases against hospitals and doctors. Medical science has conferred great benefits on mankind, but these benefits are attended by considerable risks. We cannot take the benefits without taking the risks. Every advance in technique is also attended by risks. Doctors, like the rest of us, have to learn by experience; and experience often teaches in a hard way. Something goes wrong and shows up a weakness, and then it is

> put right. That is just what happened here. Dr. Graham sought to escape the danger of infection by disinfecting the ampoule. In escaping the known danger he unfortunately ran into another danger. He did not know that there could be undetectable cracks, but it was not negligent for him not to know it at that time. We must not look at the 1947 accident with 1954 spectacles."

and later, at pp. 86-87:

> "One final word. These two men have suffered such terrible consequences that there is a natural feeling that they should be compensated. But we should be doing a disservice to the community at large if we were to impose liability on hospitals and doctors for everything that happens to go wrong. Doctors would be led to think more of their own safety than of the good of their patients. Initiative would be stifled and confidence shaken. A proper sense of proportion requires us to have regard to the conditions in which hospitals and doctors have to work. We must insist on due care for the patient at every point, but we must not condemn as negligence that which is only a misadventure."

In my view, this passage is particularly appropriate in the circumstances under review in this opinion.

Yours very truly,

George T.H. Cooper

APPENDICES

Appendices 4, 5 and 6 are reproduced with this opinion. The full appendices are available at the following locations:

Department of Justice Regional Offices

Medical Faculty libraries

Major Municipal Libraries

Law Libraries

LIST OF APPENDICES

1. Plaintiffs' Second Amended Complaint in US Lawsuit - June 3, 1983

1A. Letter from plaintiffs' attorney detailing basis for plaintiffs' claim - February 24, 1984

2. List of persons interviewed

3. List of files reviewed

4. Expert opinion and C.V. of Dr. Frédérick Grunberg

5. Expert opinion and C.V. of Dr. Ian M. McDonald

6. Expert opinion and C.V. of Dr. Fred H. Lowy

7. D. EWEN CAMERON - Psychic Driving. American Journal of Psychiatry, 112 (7), 1956

8. D. EWEN CAMERON - Psychic Driving: Dynamic Implant. Psychiatric Quart. 31: 703-712, 1957

9. D. EWEN CAMERON & ROBERT B. MALMO - Effect of Repeated Verbal Stimulation upon a Flexor-extensor Relationship. Canadian Psychiatric Association Journal, Vol. 3, No. 2, April 1958

10. D. EWEN CAMERON & S.K. PANDE - Treatment of the Chronic Paranoid Schizophrenic Patient, Canada M.A.J. Jan. 15, 1958, Vol. 78, pp.92-95

11. D. EWEN CAMERON, LEONARD LEVY, L. RUBENSTEIN & R.B. MALMO - Repetition of Verbal Signals: Behavioural and Physiological Changes. American Journal of Psychiatry, 115 (11), 1959

12. D. EWEN CAMERON, LEONARD LEVY & LEONARD RUBENSTEIN - Effects of Repetition of Verbal Signals upon the Behaviour of Chronic Psychoneurotic Patients. J.Ment. Sci., 106, No. 443, April 1960

12A. D. EWEN CAMERON, Production of Differential Amnesia as a Factor in the Treatment of Schizophrenia. Comp. Psychiat., Vol. 5, 1960, pp.26-34

13. D. EWEN CAMERON, LEONARD LEVY, THOMAS BAN & LEONARD RUBENSTEIN - Repetition of Verbal Signals in Therapy. Current Psychiatric Therapies, pp.100-111, Ed. J. Masserman, Grune & Stratton Inc., New York-London, 1961

14. D. EWEN CAMERON, LEONARD LEVY, THOMAS BAN & LEONARD RUBENSTEIN - A Further Report on the Effects of Repetition of Verbal Signals Upon Human Behaviour. Canadian Psychiatric Association Journal, Vol. 6, No. 4, August 1961

15. D. EWEN CAMERON, J.G. LORENZ & K.A. HANDCOCK - The Depatterning Treatment of Schizophrenia. Comprehensive Psychiatry, Official Journal of the American Psychopathological Association, Vol. 3, No.2, April 1962

16. D. EWEN CAMERON, LEONARD LEVY, THOMAS BAN & LEONARD RUBENSTEIN - Automation of Psychotherapy. Comprehensive Psychiatry, Official Journal of the American Psychopathological Association, Vol. 5, No.1, February 1964

17. L. LEVY, D.E. CAMERON, T. BAN & L. RUBENSTEIN - The Effects of Long-term Repetition of Verbal Signals. Canadian Psychiatric Association Journal, Vol. 10, No. 4, August 1965

18. Dr. Cameron's grant application to the Society for the Investigation of Human Ecology, Jan. 21, 1957

19. Extracts from and discussion of material in a Ministerial Return by Hon. J. Waldo Monteith, Minister of National Health and Welfare, on the subject of LSD (undated: 1962 or 1963)

19A. NRC grants-in-aid for psychiatry

20. Report concerning communist "brainwashing" techniques during the Korean War, Sept. 14, 1950

21. Minutes of June 1, 1951 Canada/US/UK meeting re: communist "brainwashing" techniques during the Korean War

22. DRB file materials on research by Dr. Donald O. Hebb on sensory deprivation experiments

23. DRB file materials, correspondence and news clippings

24. DRB report to Treasury Board, August 3, 1954

25. Letter from Dr. Cormier to Dr. Hebb, Dec.1, 1953

26. Health and Welfare application form and memoranda on research grants

27. HWC response to ATI request, showing nine Mental Health Division research projects listing the name of Dr. Ewen Cameron as principal investigator - April 5, 1985

28. Final report on Project No. 604-5-14

29. Final report on Project No. 604-5-432

30. Summary of Project No. 604-5-13

31. File document and abstract on Project No. 604-5-74

32. Newspaper article - Dr. Heinz E. Lehman - May 16, 1964

33. Memorandum to the Hon. Paul Martin, Jan. 18, 1949

34. Memorandum of Dr. Charles Roberts, April 8, 1953

35. Newspaper article - Dr. D.E. Cameron - May 15, 1957

36. Extracts from Dr. Robert A. Cleghorn's private papers

36A. Journal extracts on Dr. D.E. Cameron - 1965 and 1967

37. Extracts from paper by Dr. J.W. Fisher (undated: 1952 or 1953)

38. A.E. SHWARTZMAN & P.E. TERMANSEN - Intensive Electroconvulsive Therapy: A Follow-up Study. Canadian Psychiatric Association Journal, Vol.12, No.2, 1967

38A. Extract from Kalinowsky and Hoch, "Shock Treatments, Psychosurgery and Other Treatments in Psychiatry", 1957

39. "Ethics in Human Experimentation", Medical Research Council of Canada's Working Group on Human Experimentation, Report No.6, 1978

40. Current MRC guidelines for grant application, and Ethics Certificate

41. Application form of Dr. D. Ewen Cameron for Project No. 604-5-433

42. Consent forms, Orlikow and Morrow cases, and for two other U.S. plaintiffs

43. "Patients's Rights and Ethics Committee, Douglas Hospital Centre", by Wilson & Steibelt. Canada's Mental Health, Vol.33, No.3, September 1985

44. Affidavit of John Marks dated April 30, 1981, filed in the Superior Court of Quebec in the Orlikow case

45. Internal CIA memorandum on MK Ultra Subproject 68, Feb.26, 1957

45A. Letter of Col. James L. Monroe to Dr. Cameron, April 23, 1959

45B. Internal CIA documents on funding of MK Ultra Subproject 68

46. Chapter 8, "Brainwashing", from John Marks, "The CIA and Mind Control: The Search for the 'Manchurian Candidate'," McGraw-Hill, 1980

47. External Affairs memo to file, March 1, 1984

48. Note from the U.S. Embassy to Canada, April 12, 1984

48A. Newspaper article, Dr. D.E. Cameron, Calgary Herald, May 15, 1957

48B. External Affairs letter of June 15, 1979 and materials on McGill's view of Dr. Cameron's work

48C. Internal CIA memorandum from General Counsel to Robert H. Wiltse, October 31, 1978

49. Summary of the Orlikow case

50. Summary of the Morrow case

51. Memorandum of law

52. Memorandum of the National Cancer Institute of Canada, October, 1985

53. Memorandum on Compensation in the Absence of Legal or Moral Responsibility

Appendix 4

REPORT TO GEORGE T.H. COOPER, Q.C.

I - THE WORK OF DR D.E. CAMERON

From the early fifties to the mid sixties, Dr D. Ewen Cameron had been working at the Allan Memorial Institute of Montreal on modifying the behaviour of chronic psychoneurotic patients by utilizing a psychotherapeutic procedure which he called *"psychic driving"*.

At the IIIth annual meeting of the American Psychiatric Association in Atlantic City, May 11, 1955, Dr D.E. Cameron read a paper entitled: *"Psychic Driving: Dynamic Implant"* * in which he describes his psychotherapeutic technique:

"Briefly, it is the exposure of the patient to continued replaying, under controlled conditions, of a cue communication derived from one of the original areas from which his current difficulties arise. A major consequence of such exposure is to activate and bring progressively into his awareness more recollections and responses generally from this area. The ultimate result is the accelerating of therapeutic reorganization".

Subsequently, Dr D.E. Cameron and al read papers on this subject at meetings of learned societies such as the Canadian Psychiatric Association, the American Psychiatric Association, the Royal Medico-Psychological Association, the

---

* This paper was subsequently published in Psychiatric Quart 31: 703-712, 1957.

World Congress of Psychiatry and published the results of this work in journals such as the Canadian Psychiatric Association Journal, the American Journal of Psychiatry and the Journal of Mental Science. **

In two of his papers, Dr D.E. Cameron acknoledged the assistance of grants from the Society for the Investigation of Human Ecology and from Dominion-Provincial Mental Health Grand Project no 604-5-432.

The description of the technique, the reporting of the results, and the theoretical frame work of Dr D.E. Cameron's work can best be found in my opinion in a chapter entitled: *"Repetition of verbal signals in Therapies"* published in *"Current Psychiatric Therapies"* Ed. J. Masserman, Greene & Stratton, N.Y. - London, 1961. I shall summarize this chapter with my personal comments in bracket.

A) THE PROCEDURE:

1.- Selection:

Chronic psychoneurotics who have failed to respond to other methods of treatment.

(At that time particularly in North America the treatment of choice of such patients was psycho-analysis or psycho-analytically oriented psychotherapy. In general with the techniques available at the time the treatment was long and expensive. Dr Cameron believed that with his technique he could reduce the length of treatment and thus the cost. Furthermore I should add that such patients are for the most competent and submit to treatment on a voluntary basis).

** The reader will find in appendix I a bibliographical listing of Dr D.E. Cameron publications on the subject.

2.- Assessment:

a) The conventional psychiatric interview or the psychiatric interview carried out under disinhibiting drugs together with a record of the patient's evaluation of himself.

(Since the end of the second world war desinhibiting drugs such as sodium amytal a barbiturate or desoxyin an amphetamine were often used in the fifties to uncover repressed psychological material or to obtain emotional abreactions. I would add that in the fifties many psychiatrists and psychologists were experimenting with hallucinogenic drugs such as LSD 25 or mescaline as desinhibiting drugs or drugs that could induce a model psychosis)

b) Social Service report.

c) Psychological tests.

d) Movies taken in four differents and standardized situations.

e) A battery of conditioned reflex tests.

f) Electronic analysis of the voice.

(In spite of all the gadgetry none of those tests could be considered intrusive with a potential for harm).

3.- Preparation of the patient.

Three principal methods of preparing the patient were utilized by Dr Cameron.

a) The depatterning by means of prolonged sleep and intensive electroshock.

b) Small doses of tubocurare in beeswax given intra-muscularly to produce relative immobilization on the part of the patient in order to maintain him in the area of repetition.

c) Putting the patient under an ordinary hospital baker producing a relaxing degree of warmth.

(The preparation of the patient is may be the most controversial aspect of Dr Cameron's procedure of psychic driving because of its intrusiveness. However Dr Cameron believed in the necessity with the intractable psychoneurotic patient of breaking down his long standing maladaptive patterns of behaviour and thus facilitating the establishment of new and more adaptive patterns by exposure to repetition or psychic driving.

By today's standards depatterning especially by intensive electroshock is repugnant. However in the context of the time the methods of psychiatric treatment were very intrusive particularly the biological interventions such as Insulin Therapy and continuous narcosis. It it true that those intrusive methods were utilized essentially with psychotic patients rather than with the psychoneurotics although prolonged sleep was quite popular in Europe with the latter).

4.- The preparation of signals:

The material of the signals is derived from the following sources: psychodynamic interviews, reports from relatives, social service studies and psychological tests. On the basis of all those reports negative and positive statements are prepared and recorded. The negative statements face the patient with the neurotic difficulties

from which he has attempted to escape, while the positive signals represent his aspiration to be a more effective person. They are phrased as far as possible in terms of the patient's own thoughts and in the idiom he has used to express his hopes and longings.

5.- Presentation of signals:

These statements are recorded and played continuously from 6 AM to 9 PM daily. During this period the patient is lying in bed and listening to the recording - which is fully audible - by means of a pillow speaker. It is estimated that the negative and positive signals combined are repeated between 250,000 and 500,000 times during the course of the exposure.

The negative signals which are run first are ordinarely accepted by the patient during the first few days but there gradually appears an increasing degree of hostility towards them which reaches a crescendo at the end of ten days. The patient is then switched to the positive signals which he accepts at once with a sense of relief and he continues to demonstrate this satisfaction for a varying period. However he soon becomes restless and irritable, wanting to be up and around and putting his new found behavioral pattern into practice.

The period of exposure to the negative and positive statements usually last about ten days each.

6.- Reinforcements:

During the period of exposure to intensive psychic driving the staff working with the patient are briefed concerning the nature of the changes that are being sought and instructed to give encouragement and social acceptance on the appearance of such changes. Concurrently the Social Service Department works with the family in an attempt to change their attitudes towards the patient.

Once the intensive driving has been terminated, the patient remains on positive driving from two to four hours a day. During the remainder of the day he works in occupational therapy where he is encouraged by the staff to put into practice the new behavioral pattern.

In many instances plans are made for the patient to be discharged in selected foster homes rather than in their own home for a period of three months until a new behavioral pattern has been firmly established.

7.- Reassessment:

Subsequent to the patient's return home a reassessment is carried out for a follow up period of at least a year. The patient attends the Institute and listen to his recording for at least one hour twice or three times a week.

B) THE RESULTS:

In this paper, Dr Cameron reports:

"With regard to results in different categories of illness we may say that the extent of the changes which we have been able to produce in chronic schizophrenics was small. Our best results have been with the chronic psychoneurotics - and other wise untreatable patient - patients, usually with a long standing character neurosis. With these patients our results have been increasingly encouraging and we now consider that the procedure of our choice when faced with such a cases".

C) THEORETICAL CONSIDERATION:

The work of Dr D.E. Cameron are based on the following theoretical constructs:

1) The human organism is exceptionally adaptive and tends to respond to all in coming stimuli.

2) Exposure to constant repetition constitutes a powerful force and from the uncontrolled effects of this force the human organism attempts to protect itself.

3) There are a large number of mechanism, both at the behavioral and at the neurophysiological levels which exists simply for this purpose.

II - THE SCIENTIFIC VALUE OF DR D.E. CAMERON WORK ON PSYCHIC DRIVING

The theoretical frame work of Dr D.E. Cameron is quite weak and somewhat naïve based on a over simplified extrapolation

of neurophysiological concepts to a complex behavioral level.

Also from a methodological stand point the testing of the therapeutic value of this treatment was totally uncontrolled based essentially on biased subjective evaluation and on irrelevant pseudo-objective parameters such as movies taken in four different and standardized situation, a battery of conditioned reflex tests and the use of the plethysmograph to measure skin resistance.

By to day standards this was bad science with heavy reliance on gadgetry rather than on reflective scientific thinking.

III - THE ETHICS OF DR D.E. CAMERON EXPERIMENT

A) BY TO DAY STANDARDS:

Dr Cameron would have had to submit to the following procedure before being allowed to carry out his experiment:

1) Submission of the project to the hospital research committee:

There is a good chance that Dr Cameron project would have been stopped at this level because of poor methodology and muddled theoretical basis.

2) Evaluation by the Hospital Ethics Committee:

Three principles would be taken into consideration

before granting approval to the project.

a) Voluntariness:

The committee would have to be assured that the patients participating in the project would be doing it on a completely voluntary basis without any form of coercion. The ethics committee would also have to be assured that the patient could withdraw from the project at any time.

b) Informed consent:

The ethics committee would have to be assured that the patient participating in Dr Cameron's experiment gives a written informed consent to his participation after the procedure and the rationale of the experiment were clearly explained to him with all the risks and benefits clearly stated.

c) Benefit to the patient:

With this type of experiment the ethics committee would have to be satisfied that the patient could derive a substantial and direct therapeutic benefit after all other non intrusive methods had failed. I believe that under present conditions Dr Cameron would have had a great deal of difficulties dotay in obtaining approval from a Hospital Ethics Committee to carry out his work because of its intrusiveness and the present availability of a range of new therapeutic techniques.

B) BY THE STANDARDS OF THE FIFTIES:

In my opinion it would be a mistake to believe that

ethical considerations in human experimentation were not present at the time. However in this period when medical paternalism was still prevailing the ethics of an experimental procedure were very much left to the judgement and the conscience of the researcher and his associates. No formal procedures were in force.

In 1865, Claude Bernard * wrote on human experimentation:

> *"Experiments, then, may be performed on man, but within what limits? It is our duty and our right to perform an experiment on man whenever it can save his life, cure him or gain him some personal benefit. The principle of medical and surgical morality, therefore, consists in never performing on man an experiment which might be harmful to him to any extent, even though the result might be highly advantageous to science, i.e., to the health of others. But performing experiments and operations exclusively from the point of view of the patient's own advantage does not prevent their turning out profitably to science... For we must not deceive ourselves, morals do not forbid making experiments on one's neighbor or on one's self. Christian morals forbid only one thing, doing ill to one's neighbor. So, among the experiments that may be tried on man, those that can only harm are forbidden, those that are innocent are permissible, and those that may do good are obligatory".*

---

* Claude Bernard, An Introduction to the Study of Experimental Medicine (1865). Trans. by Henry C. Green (New York: Dover Publications, 1957).

This in my opinion were the prevailing ethical considerations at the time when Dr Cameron carried out his work and I believe that he adhered to it because he was convinced that those chronic psychoneurotics who had not been helped so far could gain from submitting to psychic driving. There is no doubt in my mind after reviewing carefully Dr Cameron's papers on the subject that therapeutic consideration were paramount in his motives although I personaly disagree and disagreed then with the intrusiveness and lack of scientific rigor of his work.

IV - THE ROLE AND THE RESPONSABILITIES OF THE GOVERNMENT OF CANADA

The Government of Canada funded Dr Cameron's work through the Dominion-Provincial Mental Health grants which I believe were administered at the time by the Mental Health Division in the Department of National Health and Welfare.

There is no doubts that the scientific standards of the peer review committee set up by the Mental Health Division were not as rigorous as today's Medical Research Council. However Canadian Psychiatry was very much at that time in its infancy, the Allan Memorial Institute was very much its Mecca and to some extent Dr D.E. Cameron was its prophet.

In my opinion in spite of all the media noise there is no evidence that psychic driving did any irreparable harm to patients who voluntary submitted to it. The Canadian Government should not bare any moral responsability for supporting a project that was essentially therapeutic in its aims.

FG/da
December 1985

Frédéric Grunberg, m.d., F.R.C.P. (C)
Professor, Dept of Psychiatry
University of Montreal

- BIBLIOGRAPHY -

1.- D. EWEN CAMERON - Psychic Driving. American Journal of Psychiatry, 112 (7), 1956

2.- D. EWEN CAMERON - Psychic Driving: Dynamic Implant. Psychiatric Quart 31: 703-712, 1957

3.- D. EWEN CAMERON & ROBERT B. MALMO - Effect of repeated verbal stimulation upon a flexer-extenser relationship. Canadian Psychiatric Assoc. Journal, Vol. 3, NO 2, April 1958

4.- D. EWEN CAMERON, LEONARD LEVY, L. RUBENSTEIN & R.B. MALMO - Repetition of verbal signals: behavioural and physiological changes. American Journal of Psychiatry, 115 (11), 1959

5.- D. EWEN CAMERON, LEONARD LEVY & LEONARD RUBENSTEIN - Effects of repetition of verbal signals upon the behaviour of chronic psychoneurotic patients. J. Ment. Sci, 106, no 443, April 1960

6.- Proceedings - The Third World Congress of Psychiatry, Montreal, Canada - 4/10 June 1961, University of Toronto Press, McGill, University Press

7.- D. EWEN CAMERON, LEONARD LEVY, THOMAS BAN & LEONARD RUBENSTEIN - Repetition of verbal signals in therapy: in current psychiatric therapies. Ed. J. Masserman, Greene & Stratton, New York, London 1961

8.- D. EWEN CAMERON, LEONARD LEVY, THOMAS BAN & LEONARD RUBENSTEIN - A further report on the effects of repetition of verbal signals upon human behaviour. Canadian Psychiatric Association Journal, Vol. 6, no 4, August 1961

9.- D. EWEN CAMERON, LEONARD LEVY, THOMAS BAN & LEONARD RUBENSTEIN - Comprehensive Psychiatry. Official Journal of the American Psychopathological Association, Vol. 5, No 1, Fevruary 1964

10.- L. LEVY, D.E. CAMERON, T. BAN & L. RUBENSTEIN - The effects of long-term repetition of verbal signals. Canadian Psychiatric Association Journal, Vol. 10, no 4, August 1965

CURRICULUM VITAE

NOM: GRUNBERG, Frédéric Marié et père de deux enfants

Adresse: 4065 Côte des Neiges, app. 6, Montréal, Québec H3H 1W7

Téléphone: 937-6926 (résidence)
253-8200 poste 219 (bureau)

Titre: professeur, département de psychiatrie
Faculté de médecine, Université de Montréal
coordonnateur du Service de l'enseignement universitaire
Hôpital Louis-H. Lafontaine

Date de naissance: 21 avril 1927 Nationalité: canadienne

Lieu de naissance: Alexandrie, Egypte

ETUDES:

Secondaires:

Institutions	Année	Diplômes
Lycée français d'Alexandrie	1944	Baccalauréat (1ère partie)
Lycée français d'Alexandrie	1945	Baccalauréat (2e partie, philosophie)

Universitaires:

Institutions	Année	Diplômes	Discipline
Université de Montpellier, Faculté des Sciences	1946	PCB	Certificat des sciences physiques, chimiques et biologiques
Université de Montpellier, Faculté de Médecine	1952	Doctorat	Médecine

Post-universitaires:

Université de Londres, Institute of Psychiatry	1956	DPM	Diploma in psychological medicine

.../2

FORMATION HOSPITALIERE:

Date	Hôpitaux	Service	Fonction	Responsable
01-53 09-53	Bethlem Royal Londres	Psychiatrie générale	Clinical Assistant	A. Harris, M.D., D.P.M.
10-53 09-54	Maudsley Hospital Londres	Psychiatrie générale Professo- rial Unit	Senior House Cfficer	A. Lewis, M.D., F.R.C.P.
10-54 03-55	Maudsley Hospital Londres	Psychiatrie infantile	Registrar	K. Cameron, M.D., F.R.C.P. (Ed.)
04-55 09-55	Maudsley Hospital Londres	Psychothé- rapie	Registrar	K. Taylor, M.D., D.P.M.
10-55 03-56	Guy's Hospi- tal Londres	Neurologie Neuro-chi- rurgie	Registrar	Murray Fulconer, F.R.C.S.
04-56 06-56	Maudsley Hospital Londres	Psychiatrie légale	Registrar	P. Scott, M.D., D.P.M.

LICENCES, CERTIFICATS, FELLOWSHIPS:

1956 London University: Academic Post Graduate Diploma in Psychological Medecine

1957 Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, Certificat - psychiatrie

1958 Licence du Conseil Médical du Canada

1958 Licence du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Saskatchewan

1961 Licence du Collège des Médecins et Chirurgiens de l'Alberta

1970 Licence du département de l'Education de l'Etat de New York (médecine)

1974 Fellowship du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

1976 Licence de la Corporation Professionnelle des Médecins du Québec

.../3

LICENCES, CERTIFICATS, FELLOWSHIPS (suite):

1977 Certificat de spécialité en psychiatrie, Corporation Professionnelle des Médecins Spécialistes du Québec

TITRES:

1954 Prix de thèse "Montpellier Medical"

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

1968 Award of Honor - Letchworth Village Chapter, New York State Association of Retarded Children Inc.

1973 Meritorious Service Award, New York State Dept of Mental Hygiene

1973 Meritorious Service Award, New York State United Cerebral Palsy

EXPERIENCE:

Date	Institution ou organisme	Poste occupé
1956 à 1958	Reginal General Hospital, Munroe Wing	Senior psychiatrist
1958 à 1960	Swift Current Mental Health Clinic, Sask.	Directeur
1960 à 1962	Yorkton Mental Health Clinic, Sask.	Directeur
1962 à 1964	Sask. Hospital Weyburn	Surintendant
1964 à 1966	Sask. Dept of Public Health Hospitals Branch	Directeur
1966 à 1967	Sask. Dept of Public Health, Psych. Serv. Branch	Directeur
1967 à 1973	New York Dept of Mental Hygiene, Albany, New York	Deputy Commissioner
Avril 1973 à 1976	Albany Medical College, Albany, New York	Professeur agrégé Chef de service
1976 à 1981	Université de Montréal, Département de psychiatrie, Faculté de médecine.	Professeur agrégé
1981 à date	Hôpital Louis-H. Lafontaine	Coordonnateur du Service de l'enseignement universitaire
	Université de Montréal, Département de psychiatrie, Faculté de médecine.	Professeur titulaire

.../4

SOCIETES SAVANTES ET COMITES:

Date	Organisme	Titre
1957	Association des Médecins de Langue Française du Canada	Membre
1958	Association Médicale du Canada	Membre
1958	Association des Psychiatres du Canada	Membre
1958	Collège des Médecins et Chirurgiens de la Saskatchewan	Membre
1961	Collège des Médecins et Chirurgiens de l'Alberta	Membre
1963	Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada	Membre du Comité de spécialité en psychiatrie
1964	Gouvernement du Canada, Ottawa Ministère de la Santé et du Bien-être Comité Consultatif de l'Assurance Hospitalière	Membre
1964	Advisory Council to the College of Medecine - University of Saskatchewan	Membre
1965	Gouvernement du Canada Ministère de la Santé et du Bien-être Comité technique ad hoc sur le fond des ressources de la Santé	Membre
1965	Gouvernement de la Saskatchewan Comité ad hoc sur l'éducation du "nursing"	Membre
1966	Association des Psychiatres du Canada	Membre du Conseil d'administration
1967	State of New York Department of Mental Hygiene Committee on the recodification of the Mental Hygiene Law	Membre
1968	Letchworth Village Chapter, New York State Association for Retarded Children, Inc.	Award of Honor
1972	Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada	Fellow
1972	Royal College of Psychiatrists	Membre

.../5

SOCIETES SAVANTES ET COMITES:

Date	Organisme	Titre
1973	State of New York, Dept of Mental Hygiene	Meritorious service citation
1973	State of New York United Cerebral Palsy	Meritorious service award
1973	American Academy of Psychiatry & Law	Membre
1978	Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada	Membre du jury français aux examens de spécialité en psychiatrie
1978	Société Médico-psychologique	Membre Associé étranger
1980	Association du Québec pour les Déficients Mentaux	Membre du Conseil d'administration
1982	American Psych. Association	Fellow
1984	Canadian Psychiatric Association	President elect

PUBLICATIONS:

I- ARTICLES:

F. GRUNBERG

Les correlations psychosomatiques en physio-pathologie générale

(Thèse - Faculté de médecine de Montpellier - Décembre 1952)

PRIX DE THESE - MONTPELLIER MEDICALE 1954.

C. GROS, B. VLAHOVITCH, F. GRUNBERG

L'Hémisphérectomie dans l'Hémiphlégie infantile

(La semaine des hôpitaux, annales de chirurgie) 29e année, no 2 - 18 février 1953.

C. GROS, J. CADILHAC, B. VLAHOVITCH, F. GRUNBERG

La sympathectomie pré-ganglionnaire dans les syndromes douloureux post-traumatiques du membre supérieur

(Montpellier Chirurgicale I, 1-1952 pp. 55-59)

F. GRUNBERG, D.A. POND

Conduct Disorders in epileptic children

.../6

PUBLICATIONS (suite)

(J. of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 1957, 20, 65.)

F. GRUNBERG, T.F. WARD

Geriatric patients in a general hospital psychiatric unit

(Canad Med Ass J 81 360-4, 1 septembre 1959)

F. GRUNBERG

A community mental health clinic

(Canad Nurse 56 209.13, March 1960)

HANLEY, F.W., GRUNBERG, F.

Reflections on the doctor-patient relationship

(Canad Med Ass J 86 1002-4, 2 June 1962)

KELM, H., GRUNBERG, F., HALL, R.W.

A reexamination of the Hoffer-Ormond diagnostic test

(Int J Neuropsych 1:307, 12 Aug 1965)

LAFAVE, H.G., HERJANIC, H., GRUNBERG, F.

One year follow-up of 67 chronic psychiatric patients

(Canad Psych Ass J 11: 205-11, June 1966)

LAFAVE, H.G., STEWARD, A.P., GRUNBERG, F., et al.

The Weyburn experience: reducing intake as a factor in phasing out a large mental hospital

(Compr psychiat 8: 239-48, Aug 1967)

CASSELL, W.A., GRUNBERG, F., FRASER, H.N.

The discharged chronic patient's utilization of health resources: a preliminary report

(Canad Psych Ass J 13:23.9, Feb 1968)

STEWART, A., LAFAVE, H.G., GRUNBERG, F., et al.

Problems in phasing out a large public psychiatric hospital

(Amer J Psychiat 125: 82-3, 1968)

.../7

PUBLICATIONS (SUITE):

CASSELL, W.A., SMITH, C.M., GRUNBERG, F., et al.

Comparing costs of Hospital and Community Care

(Hosp & Com Psychiat 23-7, 1972)

GRUNBERG, F.

Who Lives and Dies?

(The New York Times, Op Ed Page, April 22, 1974)

GRUNBERG, F., LAFAVE, H.

La fin de l'asile

(Information psychiatrique, vol. 50, no 5, mai 1974)

GRUNBERG, F.

Les grandes contestations juridiques de l'antipsychiatrie aux Etats-Unis

(Union Médicale du Canada, Tome 105, 935-941, juin 1976)

F. GRUNBERG, BURTON I. KLINGER AND BARBARA GRUMET

Homicide and Deinstitutionalization of the Mentally Ill

(Am J Psychiatry 134:6, June 1977)

J. FUENTES BIGGI, U. GOETZL, F. GRUNBERG

Psicosis toxica de larga duraction por phencyclidina

(Archivos de Neurobiol, 40, 2 (117-122), 1977.

II -

F. GRUNBERG, UGO GOETZL, BERNARD BERKOWITZ

Lithium Carbonate in the Management of Hyperactive Aggressive Behavior of the Mentally Retarded

Comprehensive psychiatry Nov./Dec. 1977, vol. 18

F. GRUNBERG, BURTON, I. KLINGER, BARBARA R. GRUMET

Homicide and community-based psychiatry, Journal of Nervous and Mental Disease, 1978, vol. 166, no 12

III - LIVRES:

PSYCHIATRY - A concise textbook for primary care practice
Ed. Alan M. Kraft, m.d. - Arco Publishing Co. New York 1977

Chapitres rédigés:

- SITUATIONAL STRESS, UGO GOETZL and FREDERIC GRUNBERG pp. 39-47

.../8

III - LIVRES (suite):

- PERSONALITY DISORDERS, FREDERIC GRUNBERG, M.D.
  pp. 62-70

- MENTAL RETARDATION, FREDERIC GRUNBERG, M.D.
  pp. 177-186

MENTAL RETARDATION AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES - IX
Ed. Joseph Wortis, m.d. Brunner/Mazel Publishers New York, 1977

Chapitre rédigé:

- WILLOWBROOK: A VIEW FROM THE TOP, FREDERIC GRUNBERG, M.D.
  pp. 46-52

PSYCHIATRIE CLINIQUE: APPROCHE CONTEMPORAINE
Pierre Lalonde et Frédéric Grunberg, Gaëtan Morin, éditeur, Chicoutimi 1980.

IV - COMMUNICATIONS:

Lafon, R., Gros, B., LaBauge, R., Paleirac, R., Grunberg, F.

La Cisternographie
(Soc. d'électro-radiologie Médicale du Littoral Méditerranéen, Nice. 26-27: 1: 1952)

Euziere, G., Gros, C., La Bauge, R., Cadihlac, J., Grunberg, F., Vlahovitch, B.

Les formes psychiatriques des tumeurs cérébrales
(Soc. Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier)
Séance du 14 mars 1952

Lafon, R., Gros, C., Minvielle, J., Billet, B., Grunberg, F., Vlahovitch, B.

Eosinophilie sanguine et traitement psychiatrique
(Soc. Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier)
Séance du 25 avril 1952

Vidal, J., Lafon, R., LaBauge, R., Minvielle, J., Barjon, P., Grunberg, F.

Deux cas d'intoxication aiguë volontaire par compose amphétaminique
(Soc. Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier)
Séance du 3 mai 1952

.../9

IV - COMMUNICATIONS (suite):

Gros, C., Lafon, R., LaBauge, R., Cadilhac, J., Minvielle, J., Grunberg, F.

Récidive de méningiome temporo-occipital gauche d'expression psychiatrique prédominante
(Soc. Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier)
Séance du 3 mai 1952

Gros, C., Cazaban, R., Cadihlac, J., Vlahovitch, B., Grunberg, F.

Ramollissement calcarinien chez un syphilitique. Etude clinique et anatomique.
(Soc. Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier)
Séance du 27 juin 1952

Grunberg, F., LaFave, H., et al.

Reducing the population of a Mental Hospital
Communication au Congrès Annuel de l'Association des Psychiatres du Canada, Vancouvert, juin 1964

Grunberg, F.

Financial arrangements as they affect the distribution of Mental Health Services
Communication à la Conférence Nationale des Services de la Santé Mentale
Ottawa, 7 janvier 1966

Grunberg, F.

Psychiatry and anti-psychiatry
Grand Rounds, dept of psychiatry, Albany Medical College,
Dec. 1973

Grunberg, F.

Reform of the Mental Health System Through Court Litigations: An American Experiment
(Communication au Congrès Annuel de l'Association des Psychiatres du Canada, Ottawa, septembre 1974)

Grunberg, F.

Legal Activism and Psychiatry
Grand Rounds at Allen Memorial Institute, McGill University,
10 avril 1974

.../10

IV - COMMUNICATIONS (suite):

Grunberg, F.

Homicide and Mental Illness
Grand Rounds, Dept of Psychiatry, Albany Medical College,
28 septembre 1976

Grunberg, F., Klinger, B., Grumet, B.

Homicide and the Deinstitutionalization of the Mentally Ill
Communication à l'assemblée annuelle de l'American
Academy of Psychiatry and Law, San Francisco, 25 octobre 1976

Grunberg, F.

Ethical Considerations on the Tarasoff Decision: Should
Therapists Warn the Potential Victims of their Patients?
Symposium on Ethics in Medicine, Albany Medical College,
January 13-15, 1976

Grunberg, F.

Le patient qui refuse de se soumettre à un examen psychiatrique
Communication au Congrès Annuel de l'Association des Psychiatres
du Québec, Trois-Rivières, 7 juin 1979.

FG/da
le 9 septembre 1980.
Revisé le 19 mars 1982.

... annexe

PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS:

A) - Grunberg, F. L'angoisse et l'insomnie. Communication présentée au Symposium de l'Association des pharmaciens du Québec, Québec, 11 octobre 1981.

- Grunberg, F. Le psychiatre dans les années 80. Communication présentée dans le cadre du centenaire du centre hospitalier Douglas, Montréal, 25-26 novembre 1981.

- Grunberg, F. Les différentes écoles de pensée psychiatrique. Présentée aux membres du département de médecine générale, hôpital Louis-H. Lafontaine, 14 janvier 1982.

- Grunberg, F. Pourquoi les femmes sont-elles tellement plus déprimées que les hommes? Présentée au personnel médical et para-médical de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, 10 février 1982.

- Grunberg, F. et coll. Le suicide "Guérir le suicide?" Présentée dans le cadre d'Actuelles à la radio CBF-FM, 29 janvier 1982

- Grunberg, F. Aspects pratiques du traitement des dépressions en présentant l'usage des divers médicaments antidépresseurs et les autres modalités de traitement biologique, tel que l'électrochoc. Il a aussi examiné les diverses interventions d'orcre psychologique et sociale. Université de Montréal, Faculté de l'éducation permanente - Les Belles Soirées" 10 février 1982.

- Grunberg, F. Perspective on the care of the longer-term mentally ill an overview statement. Association Canadienne pour la Santé Mentale, Toronto, 24-26 février 1982.

- Grunberg, F. Le DSM III... ajoute-t-il à la précision du diagnostic clinique. Colloque de mise à jour sur les nouveaux moyens diagnostiques en psychiatrie. Association des Psychiatres du Québec, 26 mars 1982.

B) - Demontigny, C., Grunberg, F., Mayer, A., Deschênes, J.-P. Lithium Induces Rapid Relief of Depression in Tricyclic Antidepressant Drug Non-Responders. Brit. J. Psychiat 138, 1981.

- Grunberg, F., Moamaï, N. Desmarais, G., Gagné, E. Examen psychiatrique sous ordonnance de cour à propos des patients qui refusent de se soumettre à un examen psychiatrique. Revue Canadienne de psychiatrie. Accepté pour publications 09-81

COMMUNICATIONS LORS DE CONGRES, SYMPOSIUMS, CONFERENCES, etc.

	Titre	Occasion (congrès, Association, etc.)	Date	Communication (a) à caractère scientifique (b) à caractère de vulgarisation	Publiée (indiquer par un X si se retrouve dans autre rubrique
1.-	Conduites de manipulation	Conférence interdisciplinaire Institut Philippe Pinel de Mtl	1978	A	
2.-	Conduites délirantes	Conférence interdisciplinaire Institut Philippe Pinel de Mtl	1978	A	
3.-	Introduction aux classifications diagnostiques Introduction aux classifications des troubles majeurs (modérateur de la journée du symposium)	Symposium sur les psychoses fonctionnelles Organisé par l'A.P.Q. en collaboration avec les départements de psychiatrie des Univ. Laval, McGill, Montréal et Sherbrooke	10-79	A	
4.-	"Sociology of Psychiatric Care"	CSAA session Saskatchewan Health, University Hosp., Saskatoon	1980	A	
5.-	Prédiction de la dangerosité en psychiatrie	Echange France-Québec Hôpital Chenevier à Créteil, France	11-80	A	
6.-	Homicide et psychiatrie communautaire	Echange France-Québec Hôpital de la Colombière, Montpellier, France	12-80	A	
7.-	Concept de la psychiatrie moderne, évolution historique, approche actuelle, milieu de travail comme instrument de réadaptation, ses effets bénéfiques.	Congrès - Ass. des Médecins du Travail du Québec Journée sur le stress, l'alcool et la maladie psychiatrique en milieu de travail	11-80	A	
8.-	Réflexion sur la prédiction de la dangerosité en psychiatrie	Hôpital Notre-Dame, Montréal Conférence interdisciplinaire	2-81	A	
9.-	Violence et psychiatrie	Hôtel-Dieu de Lévis, Québec Réunion mensuelle des psychiatres du Québec	3-81	A	

COMMUNICATIONS LORS DE CONGRES, SYMPOSIUMS, CONFERENCES, etc.

	Titre	Occasion (congrès, Association, etc.)	Date	Communication (a) à caractère scientifique (b) à caractère de vulgarisation	Publiée (Indiquer par un X si ne retrouve dans autre rubrique
10.-	Animateur - journée d'auto-évaluation psychiatrique PKSAP-IV	APQ - journée d'auto-évaluation (Association des Psychiatres du Québec)	3-81	A	
11.-	The future of the Mental Hosp.	Hôpital Douglas, Montréal	4-81	A	
12.-	Le patient qui refuse de se soumettre à un examen psychiatrique	Congrès annuel de l'Association des Psychiatres du Québec, Trois-Rivières	6-79	A	

PUBLICATIONS (suite)

1982

- Grunberg, F. Pourquoi les femmes sont-elles tellement plus déprimées que les hommes? Présentée au personnel de l'hôpital Louis-H. Lafontaine dans le cadre du programme d'enseignement multidisciplinaire, 10 février 1982

- Grunberg, F. Classification des maladies mentales. Présentée aux membres du département de médecine générale, hôpital Louis-H. Lafontaine, 3 juin 1982.

- Grunberg, F. Chômage. Nouvelles TVA, Télé-métropole, 9 juillet 1982

- Grunberg, F. "La crise de la quarantaine". La Vie Quotidienne, Radio-Canada, 30 septembre 1982

1983

- Grunberg, F. Conférence présentée à Ottawa au Ottawa General Hospital. "A new approach to the problem of suicide". 26 janvier 1983

- Grunberg, F. Participation au débat sur la dépression à l'émission Forum, Télé-métropole, 5 mars 1983

- Grunberg, F. Psychiatry grand rounds " The judiciary dimension in the hospitalization of psychiatric patients in Montreal", Centre hospitalier de St-Mary, 17 mars 1983

- Grunberg, F. Participation au débat sur les droits des malades mentaux à l'émission Forum, Télé-métropole, 19 mars 1983

- Grunberg, F. Participation au symposium international sur la schizophrénie et sa famille, 22 et 23 septembre 1983

- Grunberg, F. Préside une séance lors du symposium "Neurotransmetteurs Cérébraux et Psychiatrie" organisé à l'intention des psychiatres cliniciens du Canada, Québec, les 22 et 23 octobre 1983

- Grunberg, F. "The chronic mental patients: is there a future for them?" conférence présentée à "Association of relatives and friends of the mentally and emotionally ill

Montreal Inc", Montréal, le 24 octobre 1983

- Grunberg, F. Participation à une conférence de formation médicale continue: Violence - prédiction et implications légales, Centre hospitalier Douglas, le 8 décembre 1983

1984

- Grunberg, F. Symposium: "Benzodiazepine Therapy Today", Four Seasons Hotel, Toronto, Ont. - "Benzodiazepine Side Effects (Rebound Anxiety and Insomnia, Accumulation, Amnesia), 16 avril 1984

- Grunberg, F. Dans le cadre d'une journée d'information "Les patients sous ordonnance du Lieutenant-gouverneur: aspects cliniques et légaux" il a présenté: Réflexion d'un psychiatre siégeant à la Commission d'examen, Hôtel Reine-Elizabeth, 19 octobre 1984

1985

- Grunberg, F. "Législation et le réseau des services psychiatriques" Cours en santé mentale. Programme de la Maîtrise en Santé communautaire du département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, 30 janvier 1985

- Grunberg, F. "La judiciarisation des maladies mentales" présentée au Congrès de l'Association des hôpitaux du Québec les 14 et 15 mars 1985

- Grunberg, F. Participation au colloque sur "Les aspects médico-légaux dans la pratique psychiatrique courante", Le titre de sa conférence: "Logique légale versus logique psychiatrique". Colloque organisé de concert avec l'Institut Philippe Pinel et l'hôpital Louis-H. Lafontaine, 26 et 27 avril 1985

- Grunberg, F. Participation au congrès de l'A.P.Q. Il a présenté "Le suicide et la maladie mentale", les 14 et 15 juin 1985

FG/da
le 5 juillet 1985

Appendix 5

UNIVERSITY OF SASKATCHEWAN

DEAN OF MEDICINE

SASKATOON, CANADA
S7N 0W0

Ref. File No. _____

January 8, 1986

Mr. George T.H. Cooper
P.O. Box 730
1673 Bedford Row
Halifax, N.S.

Dear Mr. Cooper:

This letter is in response to telephone discussions I had with you in late November, the substance of which was set down in your letter of November 26, 1985. In this letter you set out the questions you wished answered regarding the Allan Memorial Institute, and specifically the practice of its late Head, Dr. Ewen Cameron.

In addressing your questions, I should record certain caveats I feel must be taken into consideration by anyone when reading my opinions on the specific issues being addressed.

In the first place, I did not know Dr. Cameron personally. Although I met him on one occasion socially I did not have the opportunity to hear him at scientific meetings or professional gatherings. As a result, any observations I make are based solely on those papers of Dr. Cameron's that I was able to obtain.

Secondly, my opinion of Dr. Cameron's research competence is based on a small sample of the total number of papers published during the course of his career. The sample did include, however, papers relating to his research into "Psychic Driving" and "Depatterning". It would appear that these were two major areas of interest to him during the latter part of his career.

Finally, my opinions regarding "the directions in which psychiatric research was heading at the time", and particularly the status of medical ethics at the time, are based to some extent on personal experience, but to a larger degree, on my evaluation of the research papers that were published in the three major national psychiatric publications, namely, the Journal of the Canadian Psychiatric Association, the Journal of the American Psychiatric Association, and the Journal of Mental Science (subsequently to become the British Journal of Psychiatry). I chose as my criterion year 1962 as this was the year in which Dr. Cameron's paper on "The Depatterning Treatment of Schizophrenia" was published in "Comprehensive Psychiatry" (April 1962).

In my opinion, in order to understand the level of development of psychiatric theory and practice in the 1960's, one must view it against the background of developments in medicine as a whole. The tremendous growth in clinical and basic medical research which occurred following World War II was stimulated not only by the development of new technologies, but also by the wedding of clinical medicine with biostatistics. This development led to increased rigour in medical research, which in turn impacted on all areas of medicine, including Psychiatry. There was, however, a lag in the development of psychiatric research as was noted in the introduction to Report #42 (1959) of the Group for the Advancement of Psychiatry. In this report it was stated "in comparison with other fields, psychiatry does not have the strong research tradition oriented to systematic emperical investigation of important problems. At the same time, we do have a great need for immediately applicable working formulations which offer some guide to treatment. These conditions favor quick and often premature closure with plausible hypotheses provided by respected authorities. In time, it may be easily forgotten that they are unverified hypotheses and they come to be treated as established fact. It is however true, in Psychiatry as in other scientific fields, that authority is no substitute for evidence." (the underlining is mine). I think this latter statement is particularly applicable to the work of Dr. Cameron.

The review of the indexed psychiatric journals of 1962 would indicate to me a movement towards greater precision in the diagnosis and classification of psychiatric disorder; greater interest in population studies of patients with particular disease entities; increasing interest in the search for physiological correlates of behaviour and increased interest in the evaluation of treatments. The general thrust represented, in my mind, a departure from the period that immediately followed World War II when psychoanalytic and socio-cultural theories of behaviour were in the forefront of psychiatry and biological psychiatry was relegated to the background. Unquestionably the introduction of tranquillizers and subsequently the antidepressants sparked a renewed interest in the biological basis of behaviour and brought psychiatry and the neurological sciences closer together. However, the transfer of the research methodologies of the so-called hard sciences (e.g. Biochemistry, Neurophysiology, etc.) to psychiatric research was confounded by numerous difficulties, not the least of which was the lack of generally accepted classification of mental disorder. Indeed, this inability to agree upon diagnostic criteria was to present a major obstacle to the generation and sharing of new information about psychiatric illness. Undoubtedly this contributed to the lag in the development of psychiatric research.

In reviewing these journals and a number of textbooks of the day, it was obvious that psychiatry in the late 1950's and '60's continued to use treatments which had historical but not scientific legitimacy. This is amply illustrated in an article in the American Psychiatric Association Journal of 1962 by an eminent British Psychiatrist who expounded on the significant contributions to patient care provided by such treatments as lobotomy, coma insulin, amphetamines and barbiturates. Within a few years, of course, all of these treatments had fallen into disrepute either because of the lack of evidence of effectiveness or

because the risks attendant upon their use far outweighed what therapeutic value (if any) was derived from their use. Even electroconvulsive therapy, then in wide use and currently still considered an effective treatment for a limited number of conditions, was generally accepted even in the absence of any scientifically valid measure of its effectiveness. Indeed, Kendel, in a recent publication, indicated that of all the countless studies involving the use of ECT, only ten met his criteria as being truly "scientific".

In the late 1950's and early '60's psychiatric research as we know it today, was in its infancy. There were relatively few centers with established research departments or programs. Although there were increasing numbers of reports on new treatments, the quality of these studies was distressingly low. This was particularly true of clinical trials of new drugs. The Allan Memorial Institute was one of the few North American Institutions that was committed to the development of both psychiatric research and psychiatric researchers. It was acknowledged to be the leading academic psychiatric centre in Canada. It also enjoyed an enviable reputation in the United States and abroad. Certainly much, if not most, of the credit for its early reputation belonged to Dr. Ewen Cameron. Dr. Cameron was recognized by his peers as being one of the leaders, if not the leader, of Canadian psychiatry. His reputation was built on his early achievement in organizing psychiatric services in Brandon, Manitoba during the 1930's, and his development of a teaching and research program at the Allan Memorial Institute in the 1940's and 1950's. He was able to attract a coterie of bright young psychiatrists, many of whom subsequently became heads of academic departments in North America or were to make their name in fields of teaching or research. Cameron had an impeccable background. Cameron received his M.B. at the University of Glasgow and in 1925 received his Diploma in Psychological Medicine from the University of London. In 1936 he received his M.D. "with distinction" from the University of Glasgow. In 1937 he was elected Fellow of the American Psychiatric Association. Insofar as his psychiatric training was concerned, he received his initial training at the University of London in 1925 receiving his DPM, and in 1926 was a Henderson Research Fellow at the Phipps Clinic in Baltimore. He also spent some time at the Burghoelzli Clinic. This was an internationally renowned psychiatric training centre. From 1929 to 1936 he was the Director of the Provincial Mental Hospital in Brandon. From 1936 to 1938 he was a Resident Director of Research at Worcester State Hospital, and from 1938 to 1943 he was Professor of Neurology and Psychiatry at the Albany Medical College in New York. In 1943 he was appointed Professor and Head of the Department of Psychiatry, University of McGill. In a biographical sketch written by Dr. Gregory Zilboorg in the American Psychiatric Association Journal, 1953, it was noted that by that time he had authored 80 articles and "several books". A review of his curriculum vitae reveals that he quickly climbed the academic ladder. His overall position in the profession is attested to by the fact that he was elected to head three prestigious psychiatric organizations; the Canadian Psychiatric Association, the American Psychiatric Association, and the World Psychiatric Association. In short, whatever his shortcomings as a person, he obviously was a credible figure professionally.

It would appear that Cameron had an interest in both Neurology

and Psychiatry. This was not uncommon in those days, as many psychiatrists had dual training. Although not a psychoanalyst, he, like many of his contemporaries, borrowed freely from psychoanalytic concepts, such as the role of the unconscious, intrapsychic conflict, etc. Like many of his contemporaries, his theorizing reflected both psychoanalytic and biological interests. Certainly his work in depatterning and psychic driving would reflect this orientation. Cameron was not alone in this, however, as Lawrence Kubie and the renowned Walter Penfield co-operated in efforts at finding a structural basis for psychoanalytic concepts.

In evaluating Cameron's work in the 1950's and early 1960's, it is important to look at the relationship that existed between the patient, the family and the physician (psychiatrist). Although I have no hard evidence to support this, it is my impression that the public acceptance of physicians at that time was high. Again, it is an impression, not a fact, that the psychiatrist was held in particular awe by the patient and/or their family (although not by the public). I think this relationship derived from the sense of mystery and ignorance that surrounded mental disorders. That the psychiatrist, through methods unfamiliar to them (unlike the general practitioner) could make sense out of what frequently was an irrational situation, served only to enhance his position. Frequently the family abdicated its responsibility for determining what was best for the patient. They were quite happy to transfer this responsibility to the psychiatrist or the medical superintendent. It has been my experience that by and large, psychiatrists honoured this trust and that their treatment of patients was determined by commitment in what they thought was best for the patient. Unfortunately, events would indicate that their idea of what was "best for the patient" was based on inadequate theory and scientific evidence. Unfortunately, confronted with enormous demands for their services and a paucity of effective treatments, the psychiatrist, in the 1950's and early '60's, frequently resorted to new treatments that had not yet demonstrated (scientifically) their effectiveness but held out the promise of "cure". In my opinion, this was quite understandable.

In spite of the advent of tranquillizers, Schizophrenia remained an enigma to the psychiatrists of the 1950's and 1960's. It may explain why Dr. Cameron, mindful of his leadership goal, would choose to tackle this difficult and perplexing problem. In reviewing the past experience with the treatment of schizophrenics, he noted the distressingly high rate of relapse. He surmised that this was due to one of two causes; either inadequate initial treatment or lack of appropriate after-care. He obviously felt that schizophrenics should be given intensive treatment initially. He believed that schizophrenia was the result of learned maladaptive thinking. His object, therefore, was to "depattern" the patient's thought processes through the use of three techniques: 1) massive electroconvulsive therapy, 2) continuous sleep and 3) maintenance elecro therapy. None of these techniques was new. Massive ECT had been used (sparingly) since 1946 and continuous sleep treatment had enjoyed a vogue some ten to fifteen years previously. Neither were, at the time of Cameron's experiments in the 1960's, generally in use and one might conclude from this that they were not generally accepted. Maintenance ECT, however, while not universally accepted, did have a modest following, but was soon to be replaced by major tranquillizers and

antidepressants. Electroconvulsive Therapy itself was widely used and generally accepted as being effective in a variety of psychiatric disorders. It was generally given three times a week until such time as there was a significant improvement in the patient's clinical state. On the whole, it would mean some 8 to 12 treatments, (not infrequently less and occasionally more). The introduction of muscle relaxants in ECT enabled increasing numbers of patients to receive this treatment, who had previously been excluded on medical grounds. ECT continues to be used in psychiatric treatment, albeit for a restricted group of disorders.

In summary then, the treatment techniques used by Cameron in his depatterning experiments had previously been used in psychiatry. Although by 1962 I would think that only maintenance ECT still enjoyed any vogue whatsoever.

During the late 1950's and early '60's great changes took place in the care of the mentally ill. Simultaneous with the introduction of new and effective chemotherapy, there was recognition of the possible harmful effects of long-term hospitalization. This raised the expectation among psychiatric professionals of finding new and effective methods for reducing the length of stay, and indeed, even preventing the admission of patients suffering from psychiatric disorder. The acquisition of effective treatment methods had a significant impact on the morale of people working in mental hospitals. They saw their facility changing from that of a warehouse to that of an active treatment and rehabilitation centre. The demand for newer and more effective drugs stimulated a spate of drug trials. However, clinical trials, using psychiatric patients and particularly outpatients, were found to be fraught with difficulties. It was difficult to collect significant number of outpatients to draw statistically valid conclusions. In addition, psychiatric patients were notoriously non-compliant, making it difficult to determine whether they were taking their medication or not. Psychiatric outpatients were also inclined to drop out of treatment studies because of lack of motivation, secondary to the disease process. It was understandable then, that faced on the one hand with the problems of designing and implementing scientifically rigorous clinical trials on an outpatient basis, and on the other hand, with the need to find answers to pressing clinical problems, many researchers turned to the mental hospitals and psychiatric units for subjects of clinical research. By using inpatients of large provincial hospitals the methodological problems of patient numbers, compliance, attrition rates, were significantly reduced.

Patient advocacy and patient rights were not significant issues in psychiatric practice in the late 1950's and early 1960's. Mental health legislation, while providing the opportunity for the appeal of commitment procedures, did not incorporate patient advocacy within Provincial Mental Health Acts. The patient and/or their family were left to their own devices (perhaps with the assistance of their lawyer) in dealing with conflicts between themselves and hospital authorities. This placed many families in a difficult situation, as they were frequently totally dependent upon the institution for care of their family member. For this reason, "consent for treatment", either by or on behalf of the patient could be open to question as to whether or not it was truly freely given.

and Psychiatry. This was not uncommon in those days, as many psychiatrists had dual training. Although not a psychoanalyst, he, like many of his contemporaries, borrowed freely from psychoanalytic concepts, such as the role of the unconscious, intrapsychic conflict, etc. Like many of his contemporaries, his theorizing reflected both psychoanalytic and biological interests. Certainly his work in depatterning and psychic driving would reflect this orientation. Cameron was not alone in this, however, as Lawrence Kubie and the renowned Walter Penfield co-operated in efforts at finding a structural basis for psychoanalytic concepts.

In evaluating Cameron's work in the 1950's and early 1960's, it is important to look at the relationship that existed between the patient, the family and the physician (psychiatrist). Although I have no hard evidence to support this, it is my impression that the public acceptance of physicians at that time was high. Again, it is an impression, not a fact, that the psychiatrist was held in particular awe by the patient and/or their family (although not by the public). I think this relationship derived from the sense of mystery and ignorance that surrounded mental disorders. That the psychiatrist, through methods unfamiliar to them (unlike the general practitioner) could make sense out of what frequently was an irrational situation, served only to enhance his position. Frequently the family abdicated its responsibility for determining what was best for the patient. They were quite happy to transfer this responsibility to the psychiatrist or the medical superintendent. It has been my experience that by and large, psychiatrists honoured this trust and that their treatment of patients was determined by commitment in what they thought was best for the patient. Unfortunately, events would indicate that their idea of what was "best for the patient" was based on inadequate theory and scientific evidence. Unfortunately, confronted with enormous demands for their services and a paucity of effective treatments, the psychiatrist, in the 1950's and early '60's, frequently resorted to new treatments that had not yet demonstrated (scientifically) their effectiveness but held out the promise of "cure". In my opinion, this was quite understandable.

In spite of the advent of tranquillizers, Schizophrenia remained an enigma to the psychiatrists of the 1950's and 1960's. It may explain why Dr. Cameron, mindful of his leadership goal, would choose to tackle this difficult and perplexing problem. In reviewing the past experience with the treatment of schizophrenics, he noted the distressingly high rate of relapse. He surmised that this was due to one of two causes; either inadequate initial treatment or lack of appropriate after-care. He obviously felt that schizophrenics should be given intensive treatment initially. He believed that schizophrenia was the result of learned maladaptive thinking. His object, therefore, was to "depattern" the patient's thought processes through the use of three techniques: 1) massive electroconvulsive therapy, 2) continuous sleep and 3) maintenance electro therapy. None of these techniques was new. Massive ECT had been used (sparingly) since 1946 and continuous sleep treatment had enjoyed a vogue some ten to fifteen years previously. Neither were, at the time of Cameron's experiments in the 1960's, generally in use and one might conclude from this that they were not generally accepted. Maintenance ECT, however, while not universally accepted, did have a modest following, but was soon to be replaced by major tranquillizers and

antidepressants. Electroconvulsive Therapy itself was widely used and generally accepted as being effective in a variety of psychiatric disorders. It was generally given three times a week until such time as there was a significant improvement in the patient's clinical state. On the whole, it would mean some 8 to 12 treatments, (not infrequently less and occasionally more). The introduction of muscle relaxants in ECT enabled increasing numbers of patients to receive this treatment, who had previously been excluded on medical grounds. ECT continues to be used in psychiatric treatment, albeit for a restricted group of disorders.

In summary then, the treatment techniques used by Cameron in his depatterning experiments had previously been used in psychiatry. Although by 1962 I would think that only maintenance ECT still enjoyed any vogue whatsoever.

During the late 1950's and early '60's great changes took place in the care of the mentally ill. Simultaneous with the introduction of new and effective chemotherapy, there was recognition of the possible harmful effects of long-term hospitalization. This raised the expectation among psychiatric professionals of finding new and effective methods for reducing the length of stay, and indeed, even preventing the admission of patients suffering from psychiatric disorder. The acquisition of effective treatment methods had a significant impact on the morale of people working in mental hospitals. They saw their facility changing from that of a warehouse to that of an active treatment and rehabilitation centre. The demand for newer and more effective drugs stimulated a spate of drug trials. However, clinical trials, using psychiatric patients and particularly outpatients, were found to be fraught with difficulties. It was difficult to collect significant number of outpatients to draw statistically valid conclusions. In addition, psychiatric patients were notoriously non-compliant, making it difficult to determine whether they were taking their medication or not. Psychiatric outpatients were also inclined to drop out of treatment studies because of lack of motivation, secondary to the disease process. It was understandable then, that faced on the one hand with the problems of designing and implementing scientifically rigorous clinical trials on an outpatient basis, and on the other hand, with the need to find answers to pressing clinical problems, many researchers turned to the mental hospitals and psychiatric units for subjects of clinical research. By using inpatients of large provincial hospitals the methodological problems of patient numbers, compliance, attrition rates, were significantly reduced.

Patient advocacy and patient rights were not significant issues in psychiatric practice in the late 1950's and early 1960's. Mental health legislation, while providing the opportunity for the appeal of commitment procedures, did not incorporate patient advocacy within Provincial Mental Health Acts. The patient and/or their family were left to their own devices (perhaps with the assistance of their lawyer) in dealing with conflicts between themselves and hospital authorities. This placed many families in a difficult situation, as they were frequently totally dependent upon the institution for care of their family member. For this reason, "consent for treatment", either by or on behalf of the patient could be open to question as to whether or not it was truly freely given.

Dr. Cameron's research activities would seem, in my opinion, to reflect the standards of his day. While his research methodology as presented in his papers was seriously flawed, it was not significantly worse than that of others appearing in the literature at that time. Psychiatric reports of the time frequently were lacking in specific and precise diagnostic criteria and standardized outcome measures. As an illustration of this point, I refer you back to Kendel's evaluation of research done on ECT.

The topic of Cameron's research (e.g. schizophrenia) was an appropriate one as it represented one of the major clinical problems facing psychiatrists of the day. His belief that prompt and adequate tratment, and a well monitored after-care program as essential ingredients to reducing the degree of disability in schizophrenics would appear reasonable. His method of achieving this, however, I think is seriously open to question because of the use of two techniques which carried a not inconsiderable risk and which hitherto had not been established as being effective.

In commenting on the ethics of psychiatric research, past and current, one must first of all review developments in all research involving use of human subjects. Certainly the revelations of the abuse of human subjects in so-called medical research carried out in Germany and Japan during the second world war sensitized the medical and scientific communities to the need for a universal code of ethics. The evolution of this code is described in the Medical Research Council of Canada Report #6 (1978), "Ethics in Human Experimentation". The first set of guidelines would appear to have been the Nuremburg Declaration, which of course arose out of the proceedings involving war crimes trials in the late '40's. Subsequent to this, the Declaration of Helsinki (1964 and 1974) was adopted by the World Medical Association as a set of guidelines governing human experimentation. Finally, a working group established in 1977 by the Medical Research Council of Canada proposed guidelines applicable to research carried on in Canadian institutions by Canadian researchers.

I will not discuss MRC Report in detail as it is readily available to you. I would point out only that this report established that the sine qua non for all research involving human subjects is that it be scientifically valid. "Without scientific merit, placing human beings at risk to perform an experiment cannot ethically be justified". The report goes on to discuss a variety of issues such as "informed consent", the use of "captive" subjects, the use of one's own patients in research, and the ethical responsibilities of the investigator, the institution and the granting agency. In addition to setting out ethical guidelines the report also proposes procedures for implementation, such as the establishment of institutional ethics committees, and the documentation in grant applications to the Medical Research Council of the fact that ethical issues have been considered and resolved to the satisfaction of the investigator and the institutional ethics committee. It is my opinion, based primarily on my experience in the College of Medicine, University of Saskatchewan, that these guidelines are adhered to and have resulted in increased sensitivity to ethical issues related not just to medical research but to patient care in general. In my opinion, had these

guidelines been in place at the time of Cameron's work in the Allan Memorial, I have serious doubts as to whether he would have been able to proceed with his work. Certainly not in the fashion described in his papers.

It is difficult to compare ethical practices of the present with those in the past. Certainly this is especially true in research. The major source of information we have about research are the reports published in scientific journals. Unfortunately, the issue of how patients are "recruited" into research programs is rarely addressed. True, there are some papers, notably those in psychology, where the use of "volunteers" is specifically stated. But even here one must raise a note of caution as the use of "volunteers" does not necessarily guarantee that such issues as informed consent have been satisfactorily addressed. (see Halushka v the University of Saskatchewan, Dominion Law Report 53 (20, 436-466 (1965). Because of the above, I feel that I can only make a general statement about the ethical standards of medical and psychiatric research. I believe it is now quite clearly recognized that the responsibility for ensuring the quality (both from scientific and ethical standpoints) of research involving human beings lies jointly with the investigator, the institution in which he works, and the granting agency that supports his research activity. In my opinion, all three could and would be currently held accountable for research projects that do not meet the current standards of research practice in Canada. We have arrived at this point through gradual evoluation as witness the report of the Medical Research Council's working group. Certainly the case of Halushka v University of Saskatchewan would indicate that the present ethical standards were not universally applied in 1964. For this reason I have some question as to whether these obligations were as clearly identified or as clearly acknowledged by researchers, institutions or granting agencies in the 1950's and early 1960's. I think this was particularly true in psychiatric research which admittedly lacked the tradition of research in other areas in medicine. This may partially explain the apparent indifference of Cameron and others, to what are now held to be essential safeguards of patients' rights.

I hope that this addresses most of the issues identified in your letter of November 26.

Yours truly,

I.M. McDonald, M.D.,
Dean of Medicine.

CURRICULUM VITAE

FOR

McDONALD, Ian Maclaren

Department of Psychiatry

1. PERSONAL:

Born May 20, 1928
Employee No. 33885

2. ACADEMIC CREDENTIALS:

M.D., University of Manitoba, 1953, College of Medicine

3. OTHER CREDENTIALS:

F.R.C.P.(C), Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Psychiatry, 1972

4. APPOINTMENT(S) AND PROMOTIONS (U OF S):

Assistant Professor of Psychiatry, Without Term, 1958-62, College of Medicine
Associate Professor of Psychiatry, Tenured, 1962, College of Medicine
Professor of Psychiatry, Tenured, 1967, College of Medicine
Head, Department of Psychiatry, Tenured, 1971 to present, College of Medicine

5. ASSOCIATE MEMBERSHIPS:

NIl

6. LEAVES:

Leave, Edinburgh, Scotland, 1967 to 1968

7. HONOURS (MEDALS, FELLOWSHIPS, PRIZES):

Fellow, American Psychiatric Association
Post-Doctoral Fellow, Edinburgh University, 1967 to 1968
Sandoz Visiting Professor
Canadian Mental Health Association - Special Recognition Award 1983

8. PREVIOUS POSITIONS RELEVANT TO U OF S EMPLOYMENT:

Instructor in Psychiatry, University of Colorado, School of Medicine, 1957 to 1958
Resident (Chief), Colorado Psychopathic Hospital, University of Colorado, 1956 to 1957
Fellow in Neurology, University Hospital, University of Saskatchewan,

1955 to 1956
Resident, Munroe Wing, Regina General Hospital, 1954 to 1955
Resident, Crease Clinic, Essondale, British Columbia, 1953 to 1954

9. TEACHING RECORD:

Undergraduate Education:
MMSI - 2 to 3 mornings per year
Med. II - 301B - Lectures (1 hr x 13); Tutor in small groups (2 hrs x 13)
Med II - 350A - 2 hr seminar
Med III & IV - 3 hrs/week (1 student for each 8-week period)
Med V - JURSI Seminars, Supervision of JURSI Ward Responsibilities and Outpatient Consultations

Postgraduate Education:
Seminar Teaching
Supervision of Inpatient and Outpatient Interviews and Treatment

Home Care Conferences:
- Involves meeting with Home Care Nurses for 1 1/2 hrs every 3 months to discuss caseload (also on p.r.n. basis)

10. THESES SUPERVISED:

NIl

11. BOOKS, CHAPTERS IN BOOKS, EXPOSITORY AND REVIEW ARTICLES:

nil

12. PAPERS IN REFEREED JOURNALS:

PUBLISHED:

I.M. McDonald, 1971. Diagnostic Significance of Physical Signs Produced During E.C.T. Canadian Medical Association Journal, 104, 311-312.

I.M. McDonald, 1970. Psychiatry and the Law. Laval Medical Journal, 41, 775-783.

D.G. McKerracher, C.M. Smith, F.E. Coburn and I.M. McDonald, 1966. General Practice Psychiatry. College of General Practice of Canada Journal, 12, 38-41.

D.G. McKerracher, C.M. Smith, F.E. Coburn and I.M. McDonald, 1965. General Practice Psychiatry. The Lancet, November, 1005-1007.

I.M. McDonald and M. Perkins, 1966. A Controlled Comparison of Amitriptyline and Electro-Convulsive Therapy in the Treatment of Depression. American Journal of Psychiatry, 22, p. 1427, June.

ACCEPTED:

Nil

13. PAPERS IN NON-REFEREED JOURNALS:

PUBLISHED:

Nil

ACCEPTED:

Nil

14. INVITED PAPERS IN PUBLISHED CONFERENCE PROCEEDINGS AND ABSTRACTS:

Nil

15. CONTRIBUTED PAPERS IN PUBLISHED CONFERENCE PROCEEDINGS AND ABSTRACTS:

Nil

16. TECHNICAL REPORTS RELEVANT TO ACADEMIC FIELD:

Nil

17. BOOK REVIEWS:

Nil

18. INVITED LECTURES OUTSIDE U OF S AND INVITED CONFERENCE PRESENTATIONS:

I.M. McDonald, 1979. Community Psychiatry. November 25, Yellowknife, North West Territories.

I.M. McDonald, 1978. Confidentiality in Psychiatry. Canadian Psychiatric Association, Halifax, Nova Scotia.

I.M. McDonald, 1977. Psychiatry and the Law

I.M. McDonald, 1977. Suicide

I.M. McDonald, 1968. Student Mental Health, University of Calgary, Calgary, Alberta.

I.M. McDonald, 1968. The Medical Aspects of Privilege, University of Calgary, Calgary, Alberta.

19. PRESENTATIONS AT CONFERENCES (Non-Invited):

Nil

20. PATENTS GRANTED OR PENDING:

Nil

21. RESEARCH GRANT INFORMATION:

Nil

22. ARTISTIC EXHIBITIONS OR PERFORMANCES:

Nil

23. PROFESSIONAL PRACTICE:

Administrative Responsibilities:

Clinical Department Heads in the College of Medicine traditionally have dual responsibilities both as Heads of Academic Departments and Heads of Clinical Departments of University Hospital. As such, they are responsible to two governing Boards; namely those of the University of Saskatchewan and University Hospital. However, Psychiatry has a third line of accountability and that is to the Minister of Health. In that the Clinical Department is designated as a 'facility' under the Mental Health Act and the Department Head is designated as Medical Officer-in-Charge, he is by law, accountable to the Minister of Health to ensure that the regulations and provisions of the Mental Health Act are carried out in accordance with the law. In Saskatoon an anomalous situation exists in that the Head of the Department of Psychiatry at University Hospital is also Medical Officer-in-Charge for the two other designated facilities (the Psychiatric Ward at City Hospital and for the Regional Psychiatric Centre). In fact, then, the Head of the Department of Psychiatry is responsible for the quality of all inpatient care in the Saskatoon catchment area. This includes the 254,000 population in the Saskatoon Mental Health Region as well as those inmates of the Federal and Provincial Correctional systems who may be treated at the Regional Psychiatric Centre. The duties of the Medical Officer-in-Charge entail the monitoring of all clinical activities in these centres with particular emphasis on those involving treatment of involuntary patients. It should be noted that in this province this function is normally carried out by a Regional Director in the Psychiatric Services Branch. However, in the Saskatoon catchment area this function of the Regional Director is carried out by the Head of the Department of Psychiatry at University Hospital.

Service Responsibilities:

The Head of the Department of Psychiatry is responsible for the provision of inpatient, outpatient, day care, home care activities; as well as the provision of psychological, social work and occupational activities within this Department and in other departments of the hospital where psychiatric patients may be treated. This results in a number of people reporting directly to the Department Head; namely, the Clinical Director of 5DE, the Head Nurse of 5DE; Head of Social Work of 5DE; Head of Occupational Therapy of 5DE; Head of Clinical Psychology; Head of Division of Child and Youth Psychiatry; Coordinator of Community Adolescent Program; Head of Home Care; Coordinator of McKerracher Day Care

Centre; Head of Psychiatric Services in the Student Health Centre and Head of Forensic Services in the Department of Psychiatry.

Educational Activities:

As academic Head of Psychiatry, the Department Head is responsible to the College of Medicine and the University of Saskatchewan for providing Undergraduate and Graduate Teaching Programs in Psychiatry in both the Medical School and for the Royal College Residency Training Program. The Department of Psychiatry is involved in teaching programs in Regina and Saskatoon. The Undergraduate Programs in Regina involve final year (JURSI) students. The Department of Psychiatry is also responsible for providing Residency Training for Psychiatric Residents as well as Family Practice Residents in both Saskatoon and Regina. The Department is also involved in various outreach programs in providing continuing education to District Medical Societies, to Refresher Courses, and for In-Service Programs within University Hospital and other hospitals throughout the province.

The Department Head delegates responsibilities for the various educational programs to the Directors of Undergraduate Education (Saskatoon and Regina); to the Directors of Graduate Training in Psychiatry (Saskatoon and Regina); the Coordinator of Residency Training in Psychiatry for Family Practice (Saskatoon and Regina).

Research:

The Department Head is responsible for encouraging and facilitating the development and carrying out of research activities both at basic and clinical levels. As such, he has close liaison with the Research Division of the Psychiatric Services Branch, Department of Health, which is physically located within the Department of Psychiatry and whose senior members hold appointments in the academic department.

Planning:

The Department of Psychiatry is reponsible for developing innovative programming in the area of psychiatric care. As such, it must work in close liaison with the Department of Health. In accordance with this working relationship, the Department Head and various members of the Department are involved in many government planning committees, including such areas as the provision of Forensic Services, Child and Youth programming, Community Care and Hospital Care.

It should be pointed out that the Saskatoon catchment area (Mental Health Region) is a self-contained catchment area and may not use mental hospital beds at Saskatchewan Hospital, North Battleford, for backup. This places a very heavy service burden on the Department of Psychiatry, being the major inpatient resource; and, an extra burden on the Department Head in his joint role as Head of the University Hospital Department and the Medical Officer-in-Charge of all three inpatient units in the City of Saskatoon.

24. CONSULTING WORK UNDERTAKEN:

Consultant to British Columbia Department of Health re Psychiatric Emergency Services in Victoria, March, 1981

Consultant to University of B.C. re Organization of Psychiatric Services in the Department of Psychiatry, Health Sciences Centre Hospital, September to November, 1981

25. DEPARTMENTAL AND COLLEGE COMMITTEES:

Phase II Curriculum Committee, Member, 1976 to present
Pharmacy Committee, Chairman
Medical Staff, President
Medical Advisory, Chairman
Discipline Committee, Chairman
Medical Audit Committee, Member
Abortion Committee, Member
Admissions Committee, Member, 1966-67
Sub-Committees on Curriculum Committee and Forward Planning, Member, 1966
Continuing Medical Education, Member, 1962-64
Library Committee, Member, 1960-62

26. UNIVERSITY COMMITTEES:

Advisory Committee on Student Health, Member
Campus Committee on Alcoholism, Member
Co-ordinating Committee, RPC, Chairman, July, 1981 to present
Tenure Appeal Committee, Chairman, May-July, 1981

27. PROFESSIONAL AND ASSOCIATION OFFICES AND COMMITTEE ACTIVITY OUTSIDE UNIVERSITY:

Member, Highway Traffic Safety Committee, College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan
Member, Mental Health Committee, College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan
Member, Review Panel, National Parole Service, Canada
Member, Advisory Committee on Mental Health, Department of National Health and Welfare
Secretary, Section on Psychiatry and Federal Agencies, Canadian Psychiatric Association
Member, Alcoholism Commission of Saskatchewan
Chairman, Alcoholism Commission of Saskatchewan
Member, Provincial Review Board
Member, Criminal Justice Coordinating Committee
Vice-Chairman, Liaison Committee re Establishment of Regional Psychiatric Centre in Saskatoon (Canadian Penitentiary Service)
Consultant to National Parole Board
Consultant to Canadian Penitentiary Service
Chairman, Examining Board of Registered Psychiatric Nurses Association
Member, Examining Board of Saskatchewan Association of Social Workers
Chairman, Sub-Committee on Confidentiality for Canadian Psychiatric

Association
Member, Consultative Group on Mental Health Research, Department of National Health and Welfare
Member, Canadian Psychiatric Association
Member, Saskatchewan Psychiatric Association
Member, American Psychiatric Association
Member, Canadian Medical Association
Member, Saskatchewan Medical Association
Member, Vanier Institute of the Family
Chairman, Mental Health, Saskatchewan Association, Task Force, 1980-81
Consultant to Department of Health, re PSB Programmes, 1981
Consultant to the Canadian Association of Mental Retardation, Toronto, 1981

28. PUBLIC AND COMMUNITY CONTRIBUTIONS:
UNIVERSITY RELATED:

Community Psychiatry - Central Butte, Humboldt, Rosthern
Lectures at Saskatchewan Hospital, North Battleford

NOT UNIVERSITY RELATED:

Member, Alcohol Commission of Saskatchewan
Chairman, Alcohol Commission of Saskatchewan
Co-Director, International School of Alcohol Studies
Mental Health Committee, Saskatchewan Medical Association
Highway Traffic Safety Committee, Saskatchewan Medical Association
Chairman, Task Force on Mental Health Services in Saskatchewan, Mental Health Saskatchewan Association, 1980-82
Member, Working Party on Mental Health Services to the Elderly; Mental Health/Saskatchewan, 1980-81
Consultant to National Institute on Mental Retardation (New Brunswick), Bonner Case, February 1980
Consultant to Minister of Health, Rivett Enquiry, Saskatchewan Hospital, North Battleford, 1978

Appendix 6

Faculty of Medicine
University of Toronto
Office of the Dean

...ary 9, 1986

...orge T.H. ...
Box 730
...
...i... ...s. B3J 2V1

...AL INSTITUTE
...D. ...MERON

...r Mr. Cooper:

...s on those aspects of Dr. ...ron's controve...l t... methods at ...e Allan ...ial Institute (19... ...) ...consulted me. I will begin by ...aining the basis on which I have formed my opinions ...en I will address the points we discussed at ...eting in Toronto on October 31, 1985 and that are set out in your letter to me of November 26th.

Information Base

I have reached my conclusions on the basis of the following information:

1. Review of some of the papers published by Dr. Cameron and his colleagues in the professional literature;

2. Review of other contemporary professional publications in the same journals and in the same years, namely,

   a) American Journal of Psychiatry, Vol 112(1956)

   b) Canadian Psychiatric Association Journal Vols 6 (1961) and 10 (1965)

   c) Comprehensive Psychiatry, Vol 3 (1962)

   d) Journal of Mental Science, Vol 106 (1960)

Cont'd.../2

3. Review of unpublished personal memoirs of Dr. R.A. Cleghorn, Dr. Cameron's successor as Professor of Psychiatry at McGill University and Director of the Allan Memorial Institute;

4. Personal knowledge. As a medical student at McGill in the 1950's and an intern at the Royal Victoria Hospital I had some contact with Dr. Cameron and his work. This contact became much more extensive in 1961 when, as a resident in Internal Medicine, I worked on Dr. Cameron's service at the AMI, both with his patients who were receiving the controversial treatments (depatterning, psychic driving, hallucinogenic drugs, etc) and those receiving the more convential treatments of the day. Subsequently, since 1963, I have been a psychiatrist and have come into contact with many of Dr Cameron's colleagues, both admirers and critics, and have formed opinions about the place of his work in the development of psychiatry. I was a staff psychiatrist at the Allan Memorial Institute from 1965 through 1970 and, subsequently, have held senior clinical and academic positions in this discipline: Psychiatrist-in-Chief, Ottawa Civic Hospital and professorial staff, University of Ottawa (1971-74); Director and Psychiatrist-in-Chief, Clarke Institute of Psychiatry and Professor and Chairman, Department of Psychiatry, University of Toronto (1974-80). I am a member of the Canadian and American Psychiatric Associations, a Fellow of the American College of Psychiatrists and a member of a number of other psychiatric and psychoanalytic societies. Through these activities I have an informed, albeit personal, perspective on Dr. Cameron's work during the period in question.

However, I must point out that I have not had an opportunity to examine any of Dr. Cameron's applications for research funds or research protocols, and I have not seen any of his former patients nor reviewed their files since leaving the Allan Memorial Institute.

Cont'd.../3

I did not know Dr. Cameron socially, my contact being restricted to the professional relationship I had as a resident on his service for three months in 1961, during which time I saw him virtually daily, and occasionally thereafter when, as the duty resident, I might be called over from the Royal Victoria Hospital to assist in the medical aspects of the care of one of his patients.

D. Ewen Cameron's treatments

> "Nothing that has thus far transpired is likely to be more serious than for humanity to learn how to control the development of personality and how to master the forces of group dynamics before we have developed a value system capable of dealing with such a situation...As psychiatrists, we are physicians having an immemorial responsibility for the well being of our patients...Our knowledge of human nature, our techniques for the exploration of motive and memory, if torn from their framework of professional integrity and proper concern for the individual and for the community may, their use perverted, become the most deadly weapons yet directed against the dignity and serenity of human life"
>
> D.E. Cameron,
> May, 1953

It is ironic that these words, part of his address as outgoing president of the American Psychiatric Association, were spoken by the man who is now villified in some newspapers and magazines and on television as an unscrupulous scientist, an agent or dupe of the CIA, who conducted "sordid" experiments on behalf of this agency using unwitting Canadian psychiatric patients as human guinea pigs.

Cont'd.../4

There can be no doubt that, in retrospect, Cameron's more extreme experimental treatments were misguided and ineffective, certainly in the long run. Controversial even at the time, they may have produced short term benefits for some patients but it is also quite possible that they resulted in emotional and, perhaps, organic damage to many others. I do not believe that any of these treatments has survived anywhere in the world. The treatments in question are primarily the following:

1. "Depatterning", a complex series of procedures designed to eradicate faulty patterns of thought and behaviour by producing a more primitive mode of functioning by the brain and mind of intractably ill psychiatric patients so that they could subsequently be "repatterned", or reprogramed, to a healthier more adaptive mode. Depatterning involved the use of multiple electroshocks repeated frequently and for a considerable length of time, usually following a period of prolonged, drug induced sleep.

2. Powerful psychoactive disinhibiting drugs, including the injection of shortacting barbiturates mixed with amphetamines or hallucinogenic drugs (eg LSD, psilocybin) to attempt short cuts to psychodynamic understanding that would guide the content of "psychic driving" and advice re life changes for the patient.

3. "Psychic Driving", recorded messages with specifically tailored content played to the patient many thousand times by a variety of electronic means for the purpose of changing the patient's thought patterns and attitudes.

4. Prolongued sensory deprivation, in which an attempt was made to restrict as much as possible all external neurosensory input so as to assist in the breaking of undesirable thoughts and behaviours.

Cont'd.../5

None of these procedures was actually discovered by Dr. Cameron but their combination, and especially depatterning and psychic driving, were more extensively developed and used at the AMI than anywhere else in the world. Dr. Cameron and some of his colleagues reported widely on their use in presentations to the public and to scientific audiences and in extensive writings.

Were these responsible treatments or not?

It is not useful, in my view, to evaluate the use of procedures in the late 1940's, the 1950's and the early 1960's by the application of today's standards. Certainly, none of these treatments could be used today in a major teaching hospital and they would not be supported by a responsible granting agency. The faulty theoretical basis for their use, the adverse risk-to-benefit ratio, the poor evaluation methodology and the absence of provision for informed consent are among the factors that would militate against their use.

The pertinent question is "were these procedures responsible from a scientific and medical point of view in the context of the times?" This is not easy to answer. There was no shortage of contemporary critics of the work. Despite Dr. Cameron's immense personal prestige - he was generally regarded as the most important psychiatrist in Canada - he was not successful in having these treatments widely adopted, in a profession that was rather prone to the premature adoption of promising treatments. There were many skeptics, even in his department at McGill. Many psychiatrists in Canada and abroad considered the treatment methods extreme, overly risky and/or without proper theoretical foundation. Nevertheless, it is clear that Dr. Cameron continued to be honoured throughout the English speaking world; he was asked to deliver the prestigious Maudsley Lecture in London.

Cont'd.../6

He was elected President of the Canadian, American and World Psychiatric Associations. He attracted a large number of postgraduate students and visiting scholars from around the world, sent to him because of the respect in which he and his training program were held. Therefore, despite the controversial nature of his treatment techniques, which were widely reported to both the professional and the general public, Dr. Cameron continued to receive acclaim as a leader in Canadian and world psychiatry. Clearly, this could not have happened if his peers considered his work irresponsible.

It must be remembered also that the treatments were carried out openly in one of Canada's leading teaching hospitals with the full knowledge of his psychiatric, psychological and other medical colleagues. In addition to receiving funding from the Society for the Investigation of Human Ecology, now known to have been a conduit for CIA funds, his work was supported by responsible national granting agencies. It should also be stressed that the Society in question was associated with Cornell University which was and remains a first-rate American institution of higher learning.

When Dr. Cameron's papers are compared with other reports of therapeutic trials in the contemporary psychiatric literature, it is apparent that his work was no less rigorous than that of most of his peers. By comparison with the standards expected of therapeutic trials today, the papers tend to be more descriptive and less analytical, the selection of subjects was not always rigorous or well described, the indications for the treatments were not clearly set out, standardized diagnostic procedures were less developed, outcome criteria were not well specified, statistical analysis was much less sophisticated and follow-up information about the long term effects was either absent or inadequate. However, by the standards of the time, Dr. Cameron's work was certainly acceptable.

Cont'd.../7

Experiment vs. treatment

Over the past several decades policies have evolved for protecting the public against the premature application of new drugs and other therapeutic procedures. In hospitals, and particularly in university teaching hospitals, there are now guidelines and often strict regulations that govern the introduction of new treatments. The institutions (hospital and university) and professional peers share responsibility with the attending physician for the use of controversial treatments in particular patients. A recognizable line is drawn between the application of the range of standard treatments and the conduct of experimental trials which require specific protocols and careful evaluation. During the 1950's and early 1960's the line was much less clear. When faced with a sick patient, and especially one who had failed to respond to standard treatment, it was much more common for physicians, on their own authority, to use less well established treatments if they thought they were likely to be of help. A high proportion of patients were referred to Dr. Cameron by other physicians, including other psychiatrists, because their illnesses had not responded to conventioal treatment administered elsewhere. Many of them, both psychotic and severely psychoneurotic patients, were severely disabled, suffering considerably and at risk for suicide. At a time when other drastic therapeutic measures, now discarded, were still part of conventional therapy (e.g. insulin coma treatment, leucotomy and lobotomy), Dr. Cameron's methods were not regarded as being so extreme as they appear in retrospect thirty years later.

Therefore, although with hindsight one would now regard Dr. Cameron's treatments as experimental and requiring restricted use and the most rigorous scientific evaluation before general application, at the time they were regarded as rather heroic, if extreme, attempts to help patients who were suffering and were not receiving benefits from conventional treatments. It is my own personal view that a major motivation for Dr. Cameron (in addition to the advancement of his own career) was his wish to help his patients.

Cont'd.../8

Medical Ethics, 1950's vs 1980's

Fundamental ethical principles governing the practice of medicine have not changed during the past thirty years, having been established over the centuries since the teachings of Hippocrates, Maimonides and many others. The physician in Cameron's time, as now, was ethically bound to place the welfare of his patients above all considerations including personal advantage, research objectives and the purposes of agencies supporting the research. Further, the doctrine of primum non nocere (above all do no harm to the patient) was taught to medical students then as it is now. It may indeed be argued that Dr. Cameron's treatments transgressed both of these well accepted ethical precepts.

The problem lies in the complexity of the issues and how one assesses the relevant factors. Dr. Cameron may well have been personally persuaded that his innovative though dangerous work, which brought him considerable acclaim at the time and notoriety later, was in the best interests of his patients. That is, his assessment of the benefit-risk equation may well have been that the application of unproven and risky treatments was justified because conventional therapy had little to offer in these cases. This is a stance often taken today with patients whose lives are in jeopardy or who are suffering intractable pain; they are offered such treatments as heart or liver transplants, highly toxic anti-cancer medication, surgical interruption of pain tracts in the spinal cord, and so on. Whether, in fact, Dr. Cameron genuinely believed that he was acting in the best interests of his patients is now very hard to determine. Opinions differ on this point, though most of those who came into personal contact with him believe that he did, and I share this view.

Cont'd.../9

Nevertheless, it is a valid criticism of this position that, as he became more and more convinced that his methods constituted valuable therapeutic innovations, his criteria for the selection of patients for these controversial treatments seemed to broaden. By the time I became personally involved wit his patients (1961) it was my own view that many of the schizophrenic patients who were "depatterned" had not had adequate trials of appropriate phenothiazine medications that were then available and many of the psychoneurotic patients who received hallucinogenic drugs and psychic driving could have been helped by conventional psychotherapy. Of course, at the time I was very junior in status and quite inexperienced in psychiatry; nevertheless, even in hindsight after more than twenty years of practicing and teaching psychiatry I still hold this view.

The major change that has occurred since the 1950s with respect to medical ethics has been the operational formalization of their application in hospitals and in research involving human subjects. University and hospital ethics committees are now broadly representative, usually including not only physicians and other health professionals but also lawyers, members of the clergy and members of the general community. These committees now need to be persuaded that risky, unproven treatments are more likely to help them to hurt the patients, and that all possible less dangerous alternatives have been tried first. Ethics committees today will not approve research involving human subjects that is not scientifically valid, that is not likely to benefit the subjects directly or mankind generally. This was quite different in the 1950s when much less care was taken to ensure that therapeutic innovations and research involving humans met these criteria. Much more was left to the judgement of the attending physician.

Cont'd.../10

A related change has been the requirement for informed consent on the part of patients/subjects or, if they are incapable of giving this consent, on the part of appropriate next of kin or guardians. Hospital regulations governing both treatment and research now call for, first, explicit and detailed communication to patients or families of the procedures to be carried out, the rationale for their use, the potential risks and the alternatives available and, then, their informed written consent. Indeed, many research granting agencies require proof of this and many scientific journals call for explicit confirmation of informed consent before considering applications for research support or publication of manuscripts.

During the 1950s procedures were much less stringent. The patient's general consent to treatment, given on admission to hospital, was often considered adequate to permit a wide range of therapeutic procedures. Consent to participate in research, including therapeutic trials, was also not nearly so rigorous as it is today. It is not surprising, therefore, that many persons treated by Dr. Cameron now claim that they were not fully informed about the treatments they received. The therpeutic climate of the time was still characterized by the assumption by patients of a benign paternalism on the part of the attending physician. This assumption would be all the greater when the physician was someone of Dr. Cameron's high reputation and impressive bearing.

What responsibility did granting agencies have?

This is a difficult question for me to address with specific reference to Dr. Cameron's work. As I pointed out above, I have not seen any of his research applications or protocols and I am not privy to correspondence with granting agencies or to their files. Therefore I cannot do more than make some general comments on this point.

Cont'd.../11

Granting agencies then and now have relied on three types of safeguards to ensure that scientific, medical and ethical standards are high: the adequacy of their review procedures, the dedication and skill of expert peer reviewers, and the integrity of the applicants for research support. Granting agencies must ensure that they require appropriate information about the research proposed (including the rationale, the research methods, and the methods of data analysis); that the proposal is reviewed by experts in the field from the points of view of relevance, importance and scientific validity; and that grantees have the appropriate professional and scientific qualifications and reputation. The only difference today is that these criteria are better operationalized and that informed consent of subjects is now specifically required.

Of course, granting agencies that rely on fallible people to establish procedures and conduct peer review of the proposals received make mistakes. They sometimes support research that is scientifically unworthy, or of low relevance to society or ethically flawed. Furthermore, once the agencies grant financial support they must rely on the grantee to conduct the research as it was proposed and approved and according to high scientific and ethical standards.

Obviously once a granting agency becomes aware that the research is seriously deficient in any of these areas it will not likely fund further applications. Grantees who receive renewals of research support are considered by the agencies as scientifically and ethically worthy.

A further safeguard is in the subsequent publication of the work. The major medical and scientific journals all have careful peer review procedures for selecting manuscripts for publication. Granting agencies usually will not renew grants or award new ones to investigators who are not able to get their work published in peer-reviewed journals. That is, a second group of peers, often in another country, review the work for scientific merit, relevance and ethical standards.

Cont'd.../12

The fact that two groups of experts, the granting agency's professional advisory or review team and the journal's peer reviewers, continued to approve Dr. Cameron's applications and manuscripts indicates that his professional peers were satisfied that the scientific, medical and ethical standards of the day were met.

Summary

In summary, it is my opinion that:

1. Dr. Cameron's controversial treatments (depatterning, psychic driving, prolonged sleep therapy, prolonged sensory deprivation and use of hallucinogenic drugs) were ineffective and, in retrospect, inadvisable.

2. They were, however, medically acceptable in the context of the times.

3. They were also, in that context, generally regarded as extreme attempts to help patients who were not benefitting from more conventional treatments; that is, they were not generally considered irresponsible.

4. Whether Dr. Cameron's treatments transgressed medical ethical standards is arguable. He probably was personally persuaded that his treatments were in the best interests of the patients in that the possible benefits and lack of effective alternative treatments outweighed the risks. This is clearly a matter of debate.

5. The lack of insufficiently informed consent for the procedures on the part of some of Dr. Cameron's patients was not unusual in the context of the practices of the times.

Cont'd.../13

6. Research granting agencies, then as now, depend heavily on the judgement of peers and the integrity of the grantee for the maintenance of high scientific, medical and ethical standards. In addition to the controversial support by the Society for the Investigation of Human Ecology, responsible national granting agencies evaluated Dr. Cameron's proposals and responsible psychiatric journals published his manuscripts after they were subjected to peer review.

   Dr. Cameron's professional peers were well aware of the treatments he carried out and yet they bestowed upon him acclaim as well as criticism, honours and high professional offices.

I hope that my opinions will be useful in the preparation of your report to the Honourable John Crosbie, Minister of Justice of Canada.

Yours sincerely,

Fred Lowy

Frederick H. Lowy, M.D.
Dean

FHL/ses

CURRICULUM VITAE

Frederick H. Lowy

Personal

Born: January 1, 1933, Grosspetersdorf, Austria
Canadian Citizenship: December 2, 1950
Married: Wife - Mary Kay O'Neil-Lowy, PhD; 4 children
Address: 338 Inglewood Drive
Toronto Ontario M4T 1J6
Telephone: 482-4063 (home)
978-6584 (office)

Present Positions

1980- Dean, Faculty of Medicine, University of Toronto
1974- Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto
1985- Vice-President, Association of Canadian Medical Colleges
1985- Chairman, Council of Ontario Faculties of Medicine

Other Appointments

1973- Consultant, Ontario Cancer Institute
1975- Consultant, Addiction Research Foundation
1975- Consultant, Mount Sinai Hospital
1975- Consultant, North York General Hospital
1975- Consultant, Princess Margaret Hospital
1975- Consultant, Sunnybrook Medical Centre
1975- Consultant, St. Michael's Hospital
1975- Consultant, Toronto General Hospital
1975- Consultant, Toronto Western Hospital
1975- Consultant, Women's College Hospital
1975- Consultant, Wellesley Hospital
1980- Consultant, Clarke Institute of Psychiatry
1981- Member, Board of Trustees, Sunnybrook Medical Centre
1981- Member, Board of Trustees, Ontario Cancer Institute
1984- Member, Board of Trustees, Mount Sinai Hospital
1984- Member, Board of Trustees, Toronto General Hospital
1984- Member, Board of Trustees, Toronto Western Hospital
1984- Member, Board of Trustees, Eye Research Institute of Ontario

Education

1. Elementary schools in Lisbon, Philadelphia, Montreal.
2. Baron Byng High School, Montreal, 1946-50
3. Machon Lemadrichei Chutz Laaretz (Institute for Youth Leaders from Abroad), Jerusalem, Israel, 1952-53
4. McGill University, Faculty of Arts 1950-52, 1953-55
5. McGill University, Faculty of Medicine 1955-59

Academic and Professional Qualifications

1955 B.A. (Psychology), McGill University, Montreal
1959 M.D., C.M., McGill University
1959 Licensee, Medical Council of Canada
1960 Licensee, National Board of Medical Examiners, USA
1965 Certificant in Psychiatry, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada - CRCP (C)
1967 Diplomate, American Board of Psychiatry and Neurology
1970 Graduate, Canadian Institute of Psychoanalysis
1971 Fellow, Royal College of Physicians and Surgeons - FRCP (C)

Professional Post Graduate Education

1959-60 Rotating internship, Royal Victoria Hospital, Montreal
1960-61 Junior Assistant Resident in Medicine, Royal Victoria Hospital, Montreal
1962-64 Resident in Psychiatry, University of Cincinnati College of Medicine and related hospitals, Cincinnati, Ohio
1964-65 Chief Resident in Psychiatry, Cincinnati General Hospital and Veteran's Administration Hospital, Cincinnati, Ohio
1966-70 Training in Psychoanalysis, Canadian Institute of Psychoanalysis, Montreal

Previous Appointments - University

1965-66 Demonstrator, Department of Psychiatry, McGill University
1966-68 Lecturer, Department of Psychiatry, McGill University
1968-70 Assistant Professor of Psychiatry, McGill University
1971-72 Associate Professor of Psychiatry, University of Ottawa
1973-74 Professor, Department of Psychiatry, University of Ottawa
1974-80 Professor and Chairman, Department of Psychiatry, University of Toronto

Previous Appointments - Hospital

1965-67 Clinical Assistant in Psychiatry, Royal Victoria Hospital, Allan Memorial Institute, Montreal
1967-69 Assistant Psychiatrist, Royal Victoria Hospital, Montreal
1969-70 Associate Psychiatrist, Royal Victoria Hospital, Montreal
1971-74 Psychiatrist-in-Chief, Ottawa Civic Hospital
1971-80 Director and Psychiatrist-in-Chief, Clarke Institute of Psychiatry,
Toronto

Professional Editorial Posts

1971-72 Associate Editor - Canadian Psychiatric Association Journal
1973-76 Editor - Canadian Psychiatric Association Journal (now Canadian Journal of Psychiatry)
1974-76 Editorial Board - Canada's Mental Health
1976- Editor Emeritus, Canadian Journal of Psychiatry
1977- Editorial Board, Montage
1978- Corresponding Editor - The International Journal of Psychiatry in Medicine
1978- Editorial Board - Psychiatry, Medicine and Primary Care
1983- Editorial Board - Social Psychiatry

Research Positions

Director, Sleep and Dream Laboratory, Allan Memorial Institute, Montreal. from its organization in May 1967, until December 1970.
Head, Psychotherapy Research Section - Clarke Institute of Psychiatry, from its organziation in 1978 to 1980.

Major Organizational and Administrative Appointments

Premedical

President, Student's Council, Baron Byng High School, Montreal 1949
Managing Editor (1953) and Editor (1954) McGill Daily
Student's Executive Council, McGill University (1953-54 and 1958-59)

Medical (Undergraduate)

Editor, CAMSI Journal (Canadian Association of Medical Students and Interns) 1958-59
President, McGill Medical Class of '59'.

Medical (Post graduation)

Member, Development Committee, Royal Victoria Hospital, Montreal, 1968-70.
Secretary, Consortium of Faculty, Department of Psychiatry, McGill University 1969-70.
Program Chairman, 7th Annual Convention, Quebec Psychiatric Association 1971
Member, Medical Advisory Committee, Ottawa Civic Hospital, 1971-74.
Secretary, Medical Advisory Committee, Ottawa Civic Hospital, 1973-74.
Member, Executive Committee, Ottawa Civic Hospital, 1973-74.
Chairman, Credentials Committee, Ottawa Civic Hospital, 1973-74.
Member, Task Force on Demonstration Model Grants, Health Research Committee, Ontario Council of Health, 1972-74
Member, Advisory Board, Ontario Mental Health Foundation, 1972-78
Member, Search Committee for Chairman of Psychiatry, University of Ottawa, 1973
Member, Examining Board (Psychiatry), Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 1972-77. (Chairman - 1975-77)
Member, Executive Committee and Dean's Senior Advisory Committee, Faculty of Medicine, University of Toronto (1976-78)
Member, Program Committee, American Psychiatric Association (1976-80)
Nucleus Member, Speciality Committee, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (1977-81)
Reviewer, Department of Psychiatry, University of British Columbia, 1979
Reviewer, (for Royal College), University of Montreal, 1980
Reviewer, Department of Psychiatry, McMaster University, 1983
Reviewer, Department of Psychiatry, Queen's University, 1984
Consultant, Sultan Qaboos University, Sultanate of Oman, 1984
Member, Council of Ontario Faculties of Medicine (1980-)
Vice-Chairman, Council of Ontario Faculties of Medicine (1983-)
Member, Senior Advisory Group, University of Toronto (1982-)
Member, Executive, Association of Canadian Medical Colleges (1982-)
Member, Board of Regents, American College of Psychoanalysts (1983-85)

Societies

Alpha Omega Alpha
Canadian Medical Association
Canadian Psychiatric Association
Ontario Psychiatric Association
Canadian Psychoanalytic Society
International Psycho-Analytical Association
American Psychiatric Association (Fellow)
American College of Psychiatrists (Fellow)
American College of Psychoanalysts (Fellow)
American Psychosomatic Society
Association for Psychophysiological Study of Sleep and Dreams
American Association for the Advancement of Science
International College of Psycosomatic Medicine (Fellow)
Academy of Medicine, Toronto
Society for Psychotherapy Research

Honours

Dr. F.R. Eccles Memorial Lecturer, University of Western Ontario February 1975
Fellow, American Psychiatric Association, 1975
Fellow, American College of Psychiatry, 1979
Fellow, American College of Psychoanalysts, 1979
Fellow, International College of Psychosomatic Medicine, 1979
Member, Benjamin Rush Society (USA), 1981
Award of Merit, McGill Society of Toronto, 1984

Major Presentations at Scientific Meetings and Invited Lectures

1964: - (with H.W. Wylie, Jr. and P. Lazaroff): The Death of a Patient in a Psychotherapy Group. Annual meeting, American Group Psychotherapy Association, New York, January 1964.

1967: - (with Z.J. Lipowski): The Aims and Techniques of Psychiatric Consultation in Medicine. Annual meeting, Canadian Psychiatric Association, Quebec, June 15, 1967.

1968: - (with R.M. Wintrob and B.K. Dhindsa): Man and his Anxiety. Annual meeting, Quebec Psychiatric Association, Montreal, May 3, 1968.

1969: - (with R.A.H. Kinch, B.K. Lewis, R.N. MacDonald and C.R. Scriver): The Teaching of Behaviour, Growth and Development in the Preclinical Years of Medicine. Annual meeting, Quebec Psychiatric Association, Quebec, May 22, 1969

1969: - (with R.M. Wintrob, B. Borwick, G. Garmaise and H.O. King): A Follow-up study of Emergency Psychiatric Patients and Their Families: Methodological Problems. Annual meeting, Canadian Psychiatric Association, Toronto, June 11, 1969.

1970: - (with T.K. Kolivakis): Autocastration by a Male Transsexual: Case Report and Some Notes on the Management of Transsexualism. Annual meeting, Canadian Psychiatric Association, Winnipeg June 19, 1970.

1970: - Is Abreaction Always Desirable? The Misuse of an Early Psychoanalytic Concept. Group without a Name Psychiatric Research Society, Montreal, October 16, 1970.

- Tetrahydrocannabinol and Sleep. Joint meeting, Montreal Physiological Society and Medicinal Chemists Division of Chemical Institute of Canada, Pointe Claire, Ottawa, January 23, 1971

- (with R. Broughton and J. St. Laurent): Significance for Psychiatrists of Current Sleep and Dream Research. Annual meeting, Quebec Psychiatric Association, Sherbrooke, Quebec April 22, 1971

- (with B. Humphrey, P. Beck, D.J. Lewis, A. Schwartzman and L. Stephens): Response to a Medicare Strike in a Psychiatric Hospital. Annual meeting, Canadian Psychiatric Association, Halifax, June 12, 1971.

1972: - Patients who Somatize, Annual meeting, Ontario Psychiatric Association, Toronto, January 29, 1972

- Psychoanalytic Dream Theory in the Light of Recent Dream Research, Ottawa Psychoanalytic Group, March 27, 1972

- Research on Dreams - Some Current Issues. Ottawa Academy of Medicine, Section on Psychiatry, April 4, 1972

- The Psychology of Sleep - Some Current Issues. First Canadian International Symposium on Sleep. McGill University, Montreal, April 14, 1972.

- The Psychiatrist-Physician Relationship in General Hospitals: Present and Future. Annual meeting, Ontario Medical Association. Toronto, May 11, 1972.

- Clinical Dream Interpretation in the Light of Modern Sleep Research. Ontario Psychiatric Association, Huntsville, September 30, 1972.

1973: - (with R. Melzack, R. Nelson and E. Peterson): Current Concepts of Pain Mechanisms. Ottawa Neurosciences Society, November 15, 1973

1974: - The Chronic Somatizer - Treatment Strategies. Maurice Levine Society, University of Cincinnati, Cincinnati, Ohio, October 12, 1974

1975: - Strategies in the Management of Chronic Pain. The Dr. F. R. Eccles Memorial Lecture, University of Western Ontario, London, February 5, 1975

- Psychiatric Aspects of Pain. Invited Lecture University of Connecticut Health Centre, Department of Psychiatry, April 16, 1975

1976: - The Impact of Community Psychiatry on Psychiatric Teaching. Association of Psychiatric Outpatient Centers of America, Montreal, June 4, 1976

1977: - Issues in the Treatability of the Neuroses. Invited address, Ontario Psychological Association, February 11, 1977

1978: - (with E.F Guirguis, H.B. Durost, J.T.D. Glaister, J.J. Jeffries and G. Warme): The Use of Mechanical Restraints: Current Status. Ontario Psychiatric Association, January 26, 1978

- A Reconsideration of Agoraphobia. Canadian Psychoanalytic Society, Toronto, March 28, 1978

- Seldom Discussed Issues in Psychotherapy. Annual Meeting Canadian Psychiatric Association, Halifax, October 18, 1978

1979: - Some Remarks on Epidemic Hysteria. Invited Lecture, Cincinnati Psychiatric Society, Cincinnati, Ohio, May 2, 1979

- (with S. Greben, R. Smith, P. Steinhauer and G. Voineskos): The Psychiatric Training of Medical Students: Current Issues and Future Directions. Annual Meeting, Canadian Psychiatric Association, September 26, 1979

1980: - Psychotherapy for the 1980's. Invited Address to the Annual Meeting, Association of Psychiatric Outpatient Centers of America, June 1980

1981: - (with S. Hosenbocus, P. Leichner, H. Prosen and H. Kravits): The Oral Certification Examination in Psychiatry. Annual Meeting, Canadian Psychiatric Association, Winnipeg. September 23, 1981

- (with F.G. Sommers, J.D. Griffin, and R.O. Jones): Medical and Psychological Effects of Nuclear War and the Nuclear Arms Race. Annual Meeting, Canadian Psychiatric Association, Winnipeg, September 24, 1981

- (with J.M. Cleghorn and V.M. Rakoff): The Role of Psychoanalysis in Contemporary Psychiatric Training. Annual Meeting, Canadian Psychiatric Association, Winnipeg, September 25, 1981

1982: - The Use and Abuse of Drugs in the Treatment of Anxiety. Saudi Arabian Annual Medical Meeting, King Faisal University, Dammam, Saudi Arabia.

- (with J.M. Cleghorn): Psychodynamics in the Training of Psychiatric Residents. Annual Meeting, American College of Psychoanalysts, May 15, 1982

- Psychotherapy: A Personal View. Academy of Medicine, Toronto, December 9, 1982

1983: - Psychotherapy and the Education of Psychiatrists. Invited Lecture, Montreal General Hospital and McGill University Department of Psychiatry. Montreal, April 15, 1983

- The Mission of the Physician: The Relationship of Science to Human Values. The Edward Brooks Memorial Lecture, St. Michael's Hospital, Toronto, June 23, 1983

- The Status of Psychotherapy Today. Invited Lecture, Department of Psychiatry, University of Manitoba, Winnipeg, October 4, 1983

1984: The Impaired Physician: The Role of the Medical School. Annual Meeting, The Royal College of Physicians & Surgeons, Montreal, September 12, 1984

External Teaching and Lecturing since coming to Toronto

1974	University of Ottawa University of Cincinnati
1975	University of Western Ontario University of Connecticut Dalhousie University McGill University
1976	McGill University St. Vincent's Hospital National University of Ireland, Dublin Memorial University of Newfoundland
1977	University of British Columbia
1978	University of Ottawa
1979	University of Cincinnati
1980	McMaster University
1982	King Faisal University, Dammam, Saudi Arabia
1983	McGill University University of Manitoba Beijing Hospital, Beijing China Sichuan Medical College, Chengdu China
1984	McGill University

Publications

A. In Books

1972: Lowy, F.H. : The Psychology of Sleep - Some Current Issues. In McClure, D.J. (Ed) First Canadian International Symposium on Sleep: Proceedings April, 1972. Roche Scientific Service, Hoffman - LaRoche, Vaudreuil, Quebec, 1972

1976: Lowy, F.H.: Delirium: Method of Treatment. In Current Therapy 837-839, Ed by H.G. Conn, Philadelpha: W.B. Saunders & Co. 1976

1977: Lowy, F.H.: Management of a Persistent Somatizer. Psychosomatic Medicine Z.J. Lipowski, D.R. Lipsitt, P.C. Whybrow (Eds) New York: Oxford University Press, 1977

1978: Lowy, F.H.: The Impact of Community Psychiatry on Psychiatric Teaching. In J.M. Divic and M. Dinoff (eds) Community Psychiatry - Review and Preview University of Alabama Press

1978: Lowy, F.H.: Case Discussion, in H. Davanloo (Ed) Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy Jamaica, N.Y. : Spectrum Publications, 1978

1979: Lowy, F.H.: The Pendulum Swings from Society to the Individual, in D.N. Weisstub (Ed) Law and Psychiatry II, New York: Pergamon, 1979

1979: Lowy, F.H.: Full Cycle in Child Mental Health. In S.J. Shamsie (ed) New Directions in Children's Mental Health Jamaica N.Y.: Spectrum Publications, 1979

1980: Lowy, F.H.: The Use of Drugs and Other Treatments in Depression in F.J. Ayd (Ed) Clinical Depressions: Diagnostic and Therapeutic Challenges, 1980

1980: Greben, S.E., Pos, R., Rakoff, V., Bonkalo, A., Lowy, F.H., and Voineskos, G. (Eds) A Method of Psychiatry Philadelphia: Lea & Febiger, 1980 375 pages.

1980: Voineskos, G. and Lowy, F.H.: Psychiatric Emergencies. In S.E. Greben et al. A Method of Psychiatry pp 267-274

1980: Voineskos G. and Lowy, F.H.: Suicide and Attempted Suicide. In S.E. Greben et al. A Method of Psychiatry pp 275-280

1980: Lowy, F.H.: Psychiatric Treatment: General. In S.E. Greben et al. A Method of Psychiatry pp 281-288

1980: Lowy, F.H. and Pos, R.: Psychotherapy and Behavior Therapy, In S.E. Greben et al. A Method of Psychiatry, pp 289-296

1980: Lowy, F.H.: Referral to the Psychiatrist. In S.E. Greben et al. A Method of Psychiatry, pp 339-344

1984: Lowy, F.H.: Treatment of the Anxiety Disorders, Somatoform Disorders, Dissociative Disorders and Personality Disorders. In Endler, N.S. and Hunt H. McV. Personality and Behaviour Disorders, 2nd Edition New York: John Wiley & Sons, 1984

1984: Lowy, F.H.: Anorexia Nervosa: a paradigm for mind-body interdependence? In Darby, P.L., Garfinkel, P.E., Garner, D.M., and Coscina, D.V. (Eds) Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research, New York: Allan R. Liss 1984.

1985: Voineskos, G. and Lowy, F.H. : Psychiatric Emergencies in Greben, S.E., Rakoff, V.M. and Voineskos, G. A Method of Psychiatry, 2nd Edition, Philadelphia: Lea & Febiger, 1985

1985: Voineskos, G. and Lowy, F.H. Suicide and Attempted Suicide, in Greben, S.E., Rakoff, V.M. and Voineskos, G. A Method of Psychiatry, 2nd Edition, Philadelphia: Lea & Febiger, 1985.

1985: Lowy, F.H. : Referral to the Psychiatrist. In Greben, S.E., Rakoff, V.M. and Voineskos,G. A Method of Psychiatry, 2nd Edition, Philadelphia: Lea & Febiger, 1985.

B. In Refereed Journals

1957: Lambert, W.E. and Lowy, F.H.: Effects of the Presence and Discussion of Others on Expressed Attitudes. Canadian Psychol. II: 151-163, 1957

1964: Wylie, H.W. Jr., Lazoroff, P. and Lowy, F.H.: A Dying Patient in a Psychotherapy Group. Internat. J. Group Psychother. 14: 482-490, 1964

1965: Lowy, F.H.: The Neuropsychiatric Complications of Viral Hepatitis, Canad. Med. Assoc J. 92: 237-239, 1965.

1969: Lowy, F.H., Wintrob, R.M. and Dhindsa, B.K.: Psychiatric Emergencies at Expo '67, Canada. Psychiat. Assoc. J. 14: 47-52, 1969

1969: Lowy, F.H., Wintrob, R.M. and Dhindsa, B.K.: Man and his Anxiety. Laval Medical 40: 966-970, 1969

1970: Lowy, F.H., Recent Sleep and Dream Research: Clinical Implications Canadian Medical Assoc. J. 102: 1069-1077, 1970

1970: Lowy, F.H.: Sleep Research and Scientific Change. Canadian Med. Assoc. J. 102: 1105-1106, 1970 (unsigned editorial)

1970: Kinch, R.A.H., Lewis, D.J., Lowy, F.H., MacDonald, R.N. and Scriver, M.D.: The Teaching of Behaviour, Growth and Development in the Preclinical Years of Medicine. Laval Medical 41: 495-499, 1970. Also published in Milbank Memorial Fund Quarterly 49: 228-243 (April) 1970

1970: Lowy, F.H.: The Abuse of Abreaction: An Unhappy Legacy of Freud's Cathartic Method. Canad. Psychiat. Assoc J. 15: 557-567, 1970

1970: Lewis, D.J. and Lowy, F.H.: The Well-Tempered Psychiatrist: Robert Allan Cleghorn, M.D. Canad. Psychiat. Assoc. J. 15: 513-514, 1970

1971: Lowy, F.H., Wintrob, R.M., Borwick, B., Garmaise, G. and King, H.O.: A Follow-up Study of Emergency Psychiatric Patients and their Families: Methodological Problems. Comprehensive Psychiat. 12: 36-47, 1971

1971: Lowy, F.H.: Lessons from Emergencies: Canad. Psychiat. Assoc. J. 16: 103-104, 1971

1971: Lowy, F.H., Cleghorn, J.M. and McClure, D.J.: Sleep Patterns in Depression. J. Nerv. Ment. Dis. 153: 10-26, 1971

1971: Lowy, F.H.: New Directions in Dream Psychology Research Canad. Psychiat. Assoc. J. 16: 399-406, 1971

1971: Lowy, F.H. and Kolivakis, T.K.: Autocastration by a Male Transsexual. Canadian Psychiat. Assoc. J. 16: 399-406, 1971

1971: Cleghorn, R.A., Cleghorn, J.M. and Lowy F.H.: Contributions of Behavioural Sciences to Health Care. Milbank Memorial Fund Quart. 49: 158-174, 1971

1973: Lowy, F.H., Engelsmann, F. and Lipowski, Z.J.: Study of Cognitive Functioning in a Medical Population. Comprehensive Psychiatry, 14: 331-337, 1973

1973: Lowy, F.H.: Psychiatric Research. Canad. Psychiat. Assoc. J. 18: 91-92, 1973

1974: Lowy, F.H.: Renaissance of Psychiatric Diagnosis. Canad. Psychiat. Assoc. J. 19: 233-254, 1974

1975: Lowy, F.H.: Editorial: Clarence B. Farrar, 1874-1970, and the History of Psychiatry in Canada. Canad. Psychiat. Assoc. J. 20: 1-2, 1975

1975: Lowy, F.H.: Management of the Persistent Somatizer. International Journal of Psychiatry in Medicine 6: 227-239, 1975

1976: Lowy, F.H.: The State of the Specialty. Canad. Psychiat. Assoc. J. 21: 504-505, 1976

1979: Lowy, F.H. and Jones R.O.: The Canadian Certification Examination in Psychiatry I - Historical Notes. Canad. J. Psychiatry 24: (4), 1979

1979: Lowy, F.H. and Dongier, M.: The Canadian Certification Examination in Psychiatry II - Who Passes and Who Fails. Canad. J. Psychiatry 24: (4) 1979

1979: Lowy, F.H. and Prosen, H.: The Canadian Certification in Psychiatry III - Towards Better Certification Techniques Canad. J. Psychiatry 24: (4) 1979

1980: Lowy, F.H. and Thornton, J.: To be or not to be a psychiatric chief resident: Factors in Selection. Canad. J. Psychiatry 25: 121-126, 1980

1981: Ban, T.A., Brown, W.T., Da Silva, T., Gagnon, M., Lamond, C.T., Lehmann, H.E., Lowy, F.H., Ruedy, J., Sellers, E.M.: Canad. Med. Assoc. J. 124: 1439-1446, 1981

1981: Lippmann, D.H., Lowy, F.H., and Rickhi, B.: Attitudes of Ontario Psychiatrists towards health insurance. Canad. Med. Assoc. J. 125: 167-170, 1980

1981: Voineskos, G., Greben, S.E., Lowy, F.H., Smith, F.L., and Steinhauer, P.D.: The psychiatric training of medical students. Canad. J. Psychiatry 26: 301-308, 1981

1984: Roncari, D.A.K., Salter, R.B., Till, J.R., and Lowy, F.H.: Is the clinician-scientist really vanishing? Encouraging results from a Canadian institute of medical science, Canad. Med. Assoc. J. 130: 977-979, 1984

C. In Other Journals and Periodicals

1972: Lowy, F.H.: The Psychiatrist-Physician Relationship in General Hospitals: Present and Future. Ontario Medical Review, 727-732, December 1972

1975: Berg, J.M., Lowy, F.H.: XYY Syndrome: A comment. Modern Medicine of Canada. 30: 8, 692-693, August, 1975

1979: Editorial Board - A Resident's Guide to Psychiatric Education M.G.G. Thompson (Ed) New York: Plenum Publishing, 1979

1979: Lowy, F.H.: The Neurosciences at the Clarke Institute of Psychiatry. Trends in Neuroscience. 2: X-XI, October, 1979

1981: Lowy, F.H.: The Future Physician: Labyrinth of Expectations. The Medical Graduate 26: 5-7, 1981

1981: Lowy, F.H.: The Dean's Challenge. University of Toronto Medical Journal, January 1982. pp 34-37

1982: Lowy, F.H.: The Alumni and the Faculty: Why Support Human Nutrition. The Medical Graduate 27: 4-5, 1982

1982: Lowy, F.H.: Preventing the Ultimate Epidemic, Re: Action (Canad. Mental Health Assoc.) Fall, 1982

1983: Lowy, F.H.: Psychotherapy in the 1980's POCA Press: 15: 13-19, 1983 (Psychiatric Outpatient Centres of America)

1983: Lowy, F.H.: The Faculty looks to the Alumni, The Medical Graduate 28, 4-5, 1983

1984: Lowy, F.H.: Towards Better Communication, Tablet (Fac. of Med, U. of T.) 1, 1-2, 1984

1985: Lowy, F.H. On Communication and Research, Tablet (Fac. of Med, U. of T.) Vol 1, No. 2, p 3

1985: Lowy, F.H. From Competence to the Pursuit of Excellence, Tablet (Faculty of Medicine, University of Toronto Vol 1, No. 3, p 2.

1985: Lowy, F.H. The 1985 Noble Peace Prize, Tablet (Faculty of Medicine, University of Toronto) Vol 1, No. 4, P 2.

Opinion de M. George Cooper, c.r.
au sujet du financement par le gouvernement canadien
de l'institut Allan Memorial
au cours des années 1950 et 1960

Le texte de l'opinion peut être obtenu de la Direction des communications et affaires publiques, ministère de la Justice, Ottawa (Ontario) K1A 0H8, (613) 996-7192.

Opinion émise avec la permission de l'honorable John C. Crosbie, ministre de la Justice et Procureur général du Canada

Mai 1986

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1986

N° de cat. J2-63/1986

ISBN 0-662-54427-7

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	
1. DÉMARCHE : MOYENS UTILISÉS POUR ÉTABLIR LES FAITS (ENTREVUES, EXAMEN DES DOSSIERS, ETC.)	5
A. Observations préliminaires	5
B. Difficultés inhérentes à la recherche d'informations remontant à plus de 20 ans	7
C. Limites de mon mandat	8
D. Observations générales sur le processus d'entrevue et d'examen des dossiers	10
E. Avis autorisés	12
2. TECHNIQUES PSYCHIATRIQUES UTILISÉES À L'INSTITUT ALLAN MEMORIAL DE 1948 À 1964	12
A. Conclusion générale	12
B. Les fondements intellectuels et scientifiques de la "déstructuration" et de la saturation psychique	14
C. Les techniques utilisées	17
1) déstructuration et cure de sommeil	17
2) privation sensorielle	18
3) saturation psychique	19
4) patients souffrant de schizophrénie et de psychonévrose	21
5) techniques hautement envahissantes et intensives	22
D. Le problème de la perte de mémoire	23
E. L'évaluation de la déstructuration par le Dr Cameron	24
F. Saturation psychique - autres commentaires et évaluation du Dr Cameron	26
G. L'usage de psychotropes - autres commentaires	27

Page

H. Conclusions concernant les fondements théoriques et l'efficacité des techniques utilisées par le Dr Cameron 27

3. PARTICIPATION DES ORGANISMES OU MINISTÈRES DU GOUVERNEMENT DU CANADA AU FINANCEMENT DE L'INSTITUT ALLAN MEMORIAL 30

A. Conseil national de recherches (CNR) à titre de prédécesseur du Conseil de recherches médicales (CRM) 30

1) n° 290 - Laboratoire du comportement 31
2) n° 217 - Réactions des civils à des désastres dans la collectivité 31

B. Conseil de recherches pour la défense (CRD) 32

1) Introduction 32
2) La guerre de Corée et le "lavage de cerveau" 33
3) Les expériences de privation sensorielle du Dr Donald O. Hebb 34
4) Le lien entre les travaux du Dr Hebb et ceux du Dr Cameron 38
5) Le financement par le CRD des projets réalisés au Allan Memorial 39

C. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (MSBS) 40

1) Introduction 40
2) Mode de présentation des demandes dans le cadre de la Subvention à la santé mentale 41
3) Subventions versées à l'Institut Allan Memorial 43
   a) Projet n° 604-5-14 44
   b) Projet n° 604-5-432 45
4) Mode de traitement des demandes de subventions du Dr Cameron 48
5) Surveillance de l'avancement des travaux 49
6) Conclusions 51

4. LE CLIMAT DE L'ÉPOQUE 52

A. Historique du Système de subventions nationales à la santé 52

B. Quelques données pertinentes 53

	Page
C. État de la psychiatrie et progression de la recherche après 1948	55
5. PERSONNALITÉ, CARACTÈRE ET ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES DU Dr EWEN CAMERON, ET ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE SON TRAVAIL	58
A. Personnalité, caractère et activités professionnelles	58
B. Évaluation des compétences du Dr Cameron en recherche scientifique	64
1) Conclusion générale	64
2) Les effets Hawthorne et placebo	65
3) Toile de fond de la conclusion générale sur les compétences du Dr Cameron en recherche scientifique	69
4) Réserves des psychologues	70
C. Conclusions sur la qualité du travail du Dr Cameron et sa place dans le contexte de l'époque	71
D. Connaissance de la qualité des recherches du Dr Cameron de la part des fonctionnaires de Santé et Bien-être social	75
E. Conclusion sur l'efficacité et le bien-fondé des recherches du Dr Cameron et réserves actuelles	76
1) Dr Omond Solandt	77
2) Dr Robert A. Cleghorn	80
3) Dr F.C. Rhodes Chalke	82
4) Dr Charles A. Roberts	83
5) M. John Osborne	83
6) Drs Craig Mooney, et J.W. Fisher	84
7) Sir Aubrey Lewis	85
6. CONSIDÉRATIONS MORALES ENTOURANT LA NATURE ET LA QUALITÉ DES TRAVAUX DU Dr CAMERON ET LE CONSENTEMENT DES PATIENTS	87
A. Normes éthiques régissant la recherche et l'expérimentation médicales	87
B. La question du consentement	92

	Page
C. Événements survenus en cette matière après le départ du Dr Cameron du Allan Memorial	93
1) L'affaire Halushka	93
2) Le mouvement en faveur des droits du patient	93
3) La déclaration d'Helsinki	94
4) Le Dr Edmund Pellegrino	94
5) La thalidomide	95
7. LA PARTICIPATION DE LA CIA	96
A. Conclusion générale	96
B. Le contexte de l'époque	99
C. Entente entre le Canada et les États-Unis	99
D. La Society for the Investigation of Human Ecology (SIHE)	102
E. Demande de subvention du Dr Cameron à la SIHE	104
F. La position du gouvernement américain	106
G. La CIA et les activités de recherche du Dr Cameron	106
H. Conclusions	116
8. LES AFFAIRES ORLIKOW ET MORROW	117
A. L'affaire Orlikow	118
B. L'affaire Morrow	120
9. PRINCIPES JURIDIQUES APPLICABLES DANS LA PRÉSENTE AFFAIRE ET CONCLUSIONS	121
A. Hypothèse de base	121
B. Analyse juridique	123
C. Conclusion	127
D. La prescription	127

	Page
E. Le droit civil	127
10. LA RESPONSABILITÉ MORALE DU GOUVERNEMENT	128
A. Autres considérations sur l'avant dernière question : les traitements du Dr Cameron doivent-ils être tenus pour répréhensibles?	128
B. La question fondamentale : la responsabilité de la Couronne	130
11. CONCLUSIONS FINALES	132
LISTE DES ANNEXES	135

(Traduction) le 3 mai 1986

Objet: Allan Memorial Institute

Monsieur,

Il y a quelques jours, des représentants de votre Ministère m'ont signifié votre intention de rendre public le texte de l'opinion que je vous ai transmis le 7 mars 1986. Lors de mes entrevues au cours de la préparation de la présente opinion, je m'étais engagé à ne pas associer de noms à certains passages du texte sans obtenir le consentement des personnes concernées. C'est pourquoi j'ai cru bon de les consulter à ce propos.

Je suis heureux de vous faire part que dans tous les cas, j'ai reçu leur assentiment. En révisant avec eux les passages en question, j'ai apporté quelques modifications de forme au texte de l'opinion. Le petit nombre de changements que j'ai effectués n'affectent en rien la substance de ce qui m'avait été rapporté ni celle de mes conclusions.

George Cooper

Honorable John C. Crosbie
Ministre de la Justice
Chambre des communes
Bureau 418 N, Edifice du Centre
Ottawa, Canada
K1A 0A6

Pièces jointes

[Traduction]

Objet : Allan Memorial Institute

Monsieur,

Vous trouverez ci-joint mon opinion sur le sujet mentionné en rubrique.

Lorsque j'ai accepté cette mission, les représentants de votre ministère et moi-même sommes convenus que l'opinion que je donnerais en la matière bénéficierait du privilège habituel des relations entre avocat et client. Sur la base de cette entente, et après avoir discuté de la question avec les autorités de votre ministère, j'ai, au nom de ce dernier, garanti le secret à toutes les personnes que j'ai interrogées afin d'établir les faits sur lesquels reposent mes conclusions. J'ose donc espérer que cet engagement sera respecté.

Restant à votre disposition pour le cas où vous souhaiteriez me demander des éclaircissements ou obtenir quelque autre service relativement à ce sujet, je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments distingués.

George Cooper

Honorable John C. Crosbie
Ministre de la Justice
Chambre des communes
Bureau 418 N, Édifice du Centre
Ottawa, Canada
K1A 0A6

Pièces jointes

G-1891

Le 26 février 1986

L'Honorable John Crosbie, C.P., député
Ministre de la Justice et
Procureur général du Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0H8

Monsieur,

Vous m'avez demandé de vous faire part de mon opinion relativement à certaines questions entourant des activités menées au cours des années 1950 et 1960 à l'Institut Allan Memorial de Montréal par le Dr D. Ewen Cameron et d'autres personnes et, en particulier, vous vouliez savoir si en finançant ces activités le gouvernement du Canada a fait ou omis de faire quelque chose qui pourrait être jugée illégale ou répréhensible advenant qu'une poursuite soit intentée ou qu'une plainte soit déposée par un ou plusieurs anciens patients de l'Institut.

En décembre 1980, neuf anciens patients de l'Institut Allen Memorial ont intenté une poursuite au gouvernement américain et réclamé des dommages pour des traumatismes subis pendant qu'ils étaient soignés à l'Institut Allan Memorial et, en particulier, par le Dr Cameron. Ils soutiennent que la Central Intelligence Agency (CIA) a fourni au Dr Cameron les fonds nécessaires pour

mener certaines "expériences" psychiatriques sur eux, sans leur consentement, et que ces expériences leur ont causé un traumatisme permanent. Les techniques ou interventions précises dont ils affirment avoir fait l'objet sont des électrochocs massifs, la saturation psychique (psychic driving), les cures de sommeil induites par des soporifiques et l'usage de produits chimiques controversés comme l'acide lysergique diéthylamide (LSD). Ces allégations sont à l'origine de la publicité et de l'inquiétude publique entourant cette question, et c'est dans ce contexte que j'ai examiné les faits en vue de fournir le présent avis. La deuxième plainte modifiée des neuf demandeurs est jointe à l'Annexe 1. Vous trouverez à l'Annexe A1 une lettre de l'avocat des défendeurs accompagnée de pièces qui expliquent les fondements de cette requête.

Par suite des discussions que j'ai eues avec MM. J. C. Tait, c.r., sous-ministre adjoint, Droit public, et M.L. Jewett, c.r., avocat général, Droit constitutionnel et international, je crois comprendre que vous souhaitez avoir un avis en ce qui concerne la responsabilité juridique éventuelle du gouvernement dans cette affaire en plus de savoir si le gouvernement pourrait avoir certains devoirs à l'égard des patients, même s'il ne s'agissait pas à proprement parler de responsabilité légale. Vous souhaiteriez en outre établir, si tel était le cas, comment devrait agir le gouvernement pour s'acquitter d'une telle

responsabilité morale. Le présent avis porte sur ces deux questions.

Mon exposé portera sur les points suivants :

1) la démarche que j'ai suivie afin d'établir les faits;

2) les conclusions en ce qui concerne les techniques psychiatriques effectivement utilisées à l'Institut Allan Memorial sous la direction du Dr Cameron et de ses collaborateurs;

3) le rôle des agences ou des ministères du gouvernement fédéral dans le financement des activités de l'Institut Allan Memorial;

4) le climat qui régnait à l'époque où le Dr Cameron et ses collaborateurs ont mené leurs activités;

5) la personnalité, le caractère et les activités professionnelles du Dr Cameron ainsi qu'une évaluation de la qualité de son travail;

6) une discussion des considérations d'ordre moral entourant la nature et la qualité de la recherche et de l'expérimentation scientifique et médicale au cours des années 1950 et au début

des années 1960, tant de façon générale, qu'en ce qui concerne le travail du Dr Cameron et que par rapport aux normes en vigueur aujourd'hui;

7) le rôle joué par la Central Intelligence Agency (CIA);

8) une discussion des poursuites intentées devant la Cour supérieure du Québec en rapport avec cette affaire (Orlikow c. The Royal Victoria Hospital et Morrow c. The Royal Victoria Hospital)

9) une discussion des principes de droit qui s'appliquent à cette affaire de même que les conclusions en vertu du droit;

10) une discussion de la responsabilité générale du gouvernement;

11) mes conclusions finales.

Tout au cours de mon travail, j'ai été secondé par Me. Louis B.Z. Davis de la Section du droit constitutionnel et international du Ministère et par M. Ron Louisseize, spécialiste parajuridique à la Section du contentieux des affaires civiles de même que par des collègues de l'étude dont je fais partie. L'aide de toutes ces personnes m'a été fort précieuse. J'ai également été secondé par le Dr G.L. Nelms, chef associé, Recherche et Développement, ministère de la Défense nationale,

le Dr Ron Heacock, directeur général, direction des Programmes de recherche extra-muros, Direction générale des services et de la protection de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et M. Brian Dickson, directeur, Direction des consultations juridiques, Direction générale des affaires juridiques, ministère des Affaires extérieures de même que par d'autres personnes de chacun de ces ministères. En particulier, j'ai rencontré M. J.H. Taylor, sous-secrétaire d'État aux Affaires extérieures, M. D.B. Dewar, sous-ministre au ministère de la Défense nationale et M. David Kirkwood, sous-ministre au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Toutes ces personnes m'ont donné leur entière collaboration.

1. DÉMARCHE : MOYENS UTILISÉS POUR ÉTABLIR LES FAITS (ENTREVUES, EXAMEN DE DOSSIERS, ETC.)

A. Observations préliminaires

Il convient ici de faire une remarque préliminaire sur l'étendue de mes recherches.

Dans votre lettre datée du 26 juillet 1985 de même que dans la lettre de M. Jewett du 29 juillet 1985, vos instructions ne faisaient pas allusion spécifiquement au Dr Cameron. Dans le présent avis, j'ai toutefois mis l'accent sur le Dr Cameron pour un certain nombre de raisons.

En premier lieu, il était le directeur de l'Institut Allan Memorial à l'époque qui nous intéresse en plus d'en être la locomotive. C'est lui plus que tout autre qui a mis au point les techniques d'intervention psychiatrique qui suscitent aujourd'hui des controverses et il était clairement le chef de file en ce qui concerne leur application aux patients.

En second lieu, dans les poursuites intentées aux États-Unis par les neuf demandeurs, dont deux ont également intenté des poursuites au Québec (M^me^ Velma Orlikow et le D^r^ Mary Morrow), c'est le D^r^ Cameron qui semble être désigné comme la "partie coupable"; en effet, dans l'affaire Morrow, sa succession a été nommée partie défenderesse.

En troisième lieu, en examinant les faits en vue de la préparation du présent avis, j'ai eu l'occasion de voir beaucoup de documents ayant trait aux travaux des collègues du D^r^ Cameron à l'Institut Allan Memorial et, à mon avis, ceux-ci donnent une image exacte des interventions qui ont eu lieu à cet établissement. Conformément à la pratique universitaire courante, un certain nombre de collègues - professeurs, résidents et chercheurs appartenant à d'autres disciplines - travaillaient souvent conjointement à la même recherche; habituellement les noms de deux ou de plusieurs chercheurs figuraient comme collaborateurs lorsque les résultats étaient publiés. Ainsi, bien que je n'ai pas fait de recherches spéciales ou tenté de

trouver tous les dossiers des ministères du gouvernement ou des Archives publiques sur chacun des collaborateurs du Dr Cameron - cette tâche aurait exigé beaucoup plus de temps - j'ai fait d'innombrables démarches pour trouver des renseignements sur le Dr Cameron et, par conséquent, je crois donc avoir également une idée assez claire, sinon absolument complète, des travaux de ses collègues, au moins dans le domaine qui nous intéresse.

B. Difficultés inhérentes à la recherche d'informations remontant à plus de 20 ans

Le fait que les événements en question ont commencé à avoir lieu à l'Institut Allan Memorial il y a plus de 35 ans entraîne trois conséquences importantes. Premièrement, un grand nombre des dossiers administratifs courants des deux principaux ministères (Santé nationale et Bien-être social et Défense nationale) ont été détruits, conformément à la pratique courante, et c'est pourquoi j'ai dû me fier beaucoup aux souvenirs qu'avaient de ces événements les personnes qui avaient été concernées directement à l'époque. Deuxièmement, certaines des personnes qui avaient été mêlées à ces événements étaient depuis lors décédées, c'est pourquoi l'information est nécessairement incomplète du fait qu'il s'agit essentiellement de souvenirs. Troisièmement, beaucoup des personnes qui étaient toujours vivantes n'étaient pas en mesure de me venir en aide sur des questions de détail, tout simplement parce que leurs souvenirs n'étaient pas exacts en raison du temps qui s'est écoulé depuis ces événements.

Néanmoins, je suis convaincu d'avoir obtenu suffisamment d'informations factuelles, tant par le biais d'entrevues que dans les dossiers qui existent toujours, pour être en mesure de tirer des conclusions assez sûres. Il reste évidemment possible que de nouveaux faits soient mis au jour. Ceux-ci pourraient provenir de dossiers gouvernementaux non encore découverts ou de personnes qui sont maintenant ou qui étaient fonctionnaires à l'époque et qui pourraient fournir de nouvelles informations, mais j'estime que cette éventualité est très improbable. Par conséquent, je crois avoir pris connaissance de suffisamment de documents et entendu assez de témoignages pour conclure que tous les faits importants relativement à cette affaire sont déjà en possession du gouvernement du Canada ou de ses ministères, agences ou employés (actuels ou passés). Les faits marquants sont maintenant connus et ont été considérés pour les fins du présent avis et il est improbable que de nouveaux renseignements particulièrement probants soient découverts à l'avenir.

C. Limites de mon mandat

Je tire évidemment cette conclusion (de même que l'ensemble de cet avis) sous réserve du fait que l'envergure de mes recherches était limitée par le mandat énoncé à la fois dans votre lettre du 26 juillet 1985 de même que dans celle de M. Jewett datée du 29 juillet de la même année. Conformément à ce mandat, et hormis les consultations que j'ai eues avec les trois experts

indépendants dont je ferai mention plus loin, j'ai limité mes entrevues à des personnes qui avaient eu ou qui ont actuellement des rapports avec le gouvernement. De même, j'ai limité ma recherche documentaire aux dossiers du gouvernement (sauf que j'ai également examiné les dossiers publics de la Cour supérieure du Québec dans l'affaire de Orlikow c. The Royal Victoria Hospital (cause n° 500-05-006872-798), de la Cour supérieure du Québec (cause n° 500-05-738532) et de la Cour d'appel du Québec (cause n° 500-09-001247-782) dans l'affaire Morrow v. The Royal Victoria Hospital. Je ne me suis pas adressé à des personnes qui n'ont pas eu de rapports semblables et je n'ai pas non plus (sauf dans des cas indiqués) vu des dossiers détenus par des personnes ou des établissements qui ne faisaient pas partie du gouvernement fédéral.

Ainsi, je n'ai fait aucune recherche auprès (par exemple), de membres du personnel ou d'anciens patients qui se trouvaient à l'Institut Allan Memorial à l'époque où y travaillait le D^r^ Cameron, et il est évidemment possible que ceux-ci puissent apporter des faits nouveaux. (Comme je l'ai expliqué plus loin, j'ai eu une longue entrevue avec le D^r^ Robert A. Cleghorn et celui-ci m'a fourni des renseignements très précieux. Le D^r^ Cleghorn était l'un des psychiatres qui faisait partie du personnel de l'Institut Allan Memorial et il succéda au D^r^ Cameron au poste de directeur de l'Institut en 1964. J'ai pu parler au D^r^ Cleghorn, non pas en sa qualité de membre du

personnel de l'Institut Allan Memorial, mais en raison de ses rapports avec le Conseil de recherches pour la défense où, pendant une certaine période avant 1961, il a été président du groupe de la recherche psychiatrique du comité consultatif médical du Conseil de recherches pour la défense.) Je n'ai vu aucun dossier médical de patients de l'Institut Allan Memorial. Enfin, je n'ai pas eu accès à des documents de la CIA ou d'autres sources américaines, sauf à ceux auxquels j'ai fait allusion spécifiquement dans le présent avis.

D. Observations générales sur le processus d'entrevue et d'examen des dossiers

Étant donné que de nombreux documents avaient été perdus, j'estimais qu'il était important d'interviewer d'anciens fonctionnaires ainsi que certaines personnes qui n'étaient pas à l'emploi du gouvernement mais qui avaient eu des rapports avec des groupes consultatifs de recherche. En outre, les quatre ministères concernés m'ont autorisé à parler aux fonctionnaires qui étaient toujours à l'emploi de la Fonction publique. Par conséquent, je me suis entretenu personnellement avec tous les fonctionnaires, actuels et anciens, qui avaient eu un rôle important à jouer dans les programmes gouvernementaux de subventions à la recherche dans le domaine de la santé mentale. Dans tous les cas, ces personnes étaient disposées à me parler franchement et ouvertement, et j'ai pris des notes détaillées de ces conversations. Je n'ai jamais noté une certaine réserve ou

un manque de collaboration. Je n'ai jamais non plus eu l'impression qu'on tentait de camoufler ou d'atténuer un aspect quelconque des questions qui nous intéressent, et je n'ai eu aucunement l'impression qu'on voulait m'induire en erreur.

Je me dois d'ajouter que j'ai garanti aux personnes que j'ai interviewées que leurs commentaires ne leur seraient pas attribués publiquement.

On m'a en outre donné toute la liberté voulue pour examiner tous les dossiers qui étaient encore détenus par les ministères en question (Justice, Affaires extérieures, Santé nationale et Bien-être social et Défense nationale) de même qu'aux Archives publiques du Canada, et notamment des dossiers qui, à première vue, semblaient très peu pertinents et, après un examen plus poussé, se sont révélés peu utiles ou probants. J'ai terminé l'examen de ces dossiers. Le ministère des Affaires des Anciens combattants de même que le Conseil de recherches médicales m'ont également apporté leur collaboration en examinant leurs dossiers, et je suis convaincu que ces organismes n'ont financé aucun des projets du Dr Cameron, à l'exception d'un projet ou de deux peut-être dont je discute dans la section 3 du présent avis. Je n'ai examiné aucun document du Cabinet, mais je n'ai aucune raison de croire que ceux-ci fourniraient des renseignements utiles.

Vous trouverez à l'Annexe 2 une liste des personnes interviewées, et la liste des dossiers que j'ai examinés figure à l'Annexe 3.

E. Avis autorisés

J'ai bénéficié des avis autorisés du Dr Frédéric Grunberg, professeur de psychiatrie à l'Université de Montréal (qui est, soit dit en passant, le président actuel de l'Association des psychiatres du Canada), du Dr Ian McDonald, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de la Saskatchewan et du Dr Fred Lowy, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto. Leurs avis autorisés de même que leur curriculum vitae font partie des Annexes 4, 5 et 6 respectivement.

2. TECHNIQUES PSYCHIATRIQUES UTILISÉES À L'INSTITUT ALLAN MEMORIAL DE 1948 À 1964

A. Conclusion générale

Il est clair que les techniques et méthodes citées par les neuf demandeurs dans la poursuite devant les tribunaux américains ont effectivement été utilisées à l'Institut Allan Memorial et par le Dr Cameron en particulier. En d'autres termes, l'électro-convulsivothérapie (également appelée sismothérapie), et notamment les électrochocs massifs ("déstructuration"*), la narcothérapie (cure de sommeil), la privation sensorielle partielle, la saturation psychique** et la psychopharmacologie (psychotropes) figurent toutes au nombre des techniques utilisées. La plus importante était une technique que certains appelaient "sismothérapie régressive"*** et que le Dr Cameron

avait baptisé "déstructuration"; il s'agissait peut-être de la plus controversée de toutes.

J'aimerais insister sur le fait qu'en énonçant cette conclusion, je ne porte aucun jugement en ce qui concerne l'exactitude des allégations de l'un ou l'autre des demandeurs quant à l'utilisation de l'une ou de plusieurs de ces techniques dans son cas, pas plus que sur l'opportunité d'avoir recours à cette technique pour le traitement de l'affection particulière du patient ou sur la façon dont la thérapie a été appliquée dans un cas ou un autre. Conformément au mandat qui m'avait été confié, je ne me suis penché sur aucune de ces questions. J'affirme simplement que tout indique que le Dr Cameron a effectivement utilisé toutes ces techniques à diverses reprises, et qu'il est certainement tout à fait possible que les demandeurs aient reçu tous les traitements qu'ils affirment avoir reçus.

Les traitements psychiatriques qui ont été administrés à l'Institut Allan Memorial à diverses reprises au cours des années 1940, 1950 et 1960 peuvent, pour les fins du présent rapport, être divisés en deux catégories :

(1) ceux qui étaient utilisés ailleurs au Canada et à l'étranger; au nombre de ceux-ci, on retrouve la sismothérapie (électrochocs), l'insulinothérapie (coma insulinique), la narcothérapie (cure de sommeil), et les psychotropes (y compris le diéthylamide de l'acide lysergique ou LSD); et

(2) ceux qui étaient utilisés à l'Institut Allan Memorial et dans quelques centres à l'étranger (mais non ailleurs au Canada); parmi ceux-ci on trouve la déstructuration, la saturation psychique et la privation sensorielle.

Aucune de ces techniques psychiatriques n'a été appliquée pour la première fois au Allan Memorial et aucune n'était utilisée exclusivement à cet endroit, bien que les techniques de la saturation psychique et de la déstructuration aient été utilisées plus longtemps et de façon plus poussée là qu'ailleurs. Du reste, il semble que le recours concomitant à la déstructuration, la saturation psychique, la privation sensorielle, aux cures de sommeil et aux psychotropes ait été une pratique exclusive au Allan Memorial.

Une discussion générale des fondements théoriques de ces thérapies est présentée au paragraphe B tandis qu'une description des techniques elles-mêmes figure au paragraphe C. Le lecteur trouvera des descriptions précises de celles-ci dans des articles publiés par le Dr Cameron dans des revues scientifiques et figurant aux Annexes 7 à 17 inclusivement.

B. Les fondements intellectuels et scientifiques de la "déstructuration" et de la saturation psychique

Le Dr Cameron estimait que la maladie mentale était le résultat d'un mode "incorrect" de réponse au monde ambiant élaboré par le sujet au fil des ans.

Les "schèmes mentaux" s'étaient donc développées par la répétition d'un ensemble de "réponses apprises" qui n'étaient pas acceptables socialement et qui faisaient que le patient était classé comme malade mental.

Pendant plusieurs années, des psychiatres avaient remarqué que les personnes qui étaient en proie à des convulsions d'origine cérébrale ne souffraient pas de maladie mentale. Citons par exemple le cas des personnes atteintes d'épilepsie ou de celles qui sombrent dans un coma insulinique. On avança l'hypothèse que ces phénomènes convulsifs naturels avaient en quelque sorte pour effet de libérer les "voies de transmission cérébrales" et donc d'éliminer ces schèmes mentaux "incorrects". On en déduit que s'il était possible de provoquer artificiellement des convulsions chez des sujets atteints de maladie mentale, les "voies de transmission" seraient détruites et la maladie serait guérie. C'était là l'idée fondamentale qui sous-tendait l'électroconvulsivothérapie, l'insulinothérapie ainsi que les autres thérapies convulsivogènes.

Le D^{r} Cameron prit cette idée et la poussa beaucoup plus loin que ses collègues en Europe et en Amérique du Nord. Son idée était de détruire les schèmes mentaux par l'application d'électrochocs massifs, leur nombre étant bien des fois supérieur au nombre de chocs dans un traitement de sismothérapie normal - deux fois par jour, plutôt que trois fois par semaine, par exemple - jusqu'à ce

que le cerveau du patient ait été "déstructuré"; c'est-à-dire (dans le cas de patients souffrant de psychose) jusqu'à ce que tous les symptômes de schizophrénie aient disparu, de même que d'autres aspects de la mémoire. Une fois cette opération terminée, il s'agissait de "restructurer" le cerveau en tentant d'inculquer dans l'esprit du patient de nouveaux schèmes de pensée "corrects".

Selon la théorie du Dr Cameron, on pourrait comparer le cerveau du patient à un ancien standard téléphonique dans lequel toutes les fiches avaient été enfoncées dans les mauvais jacks. La déstructuration consisterait à retirer toutes les fiches tandis que la restructuration équivaudrait à enfoncer de nouveau toutes les fiches dans les bons jacks.

Le second fondement théorique qui étayait ces techniques était l'idée que la maladie mentale grave était le résultat d'un maternage inadéquat, idée qui fut développée au Royaume-Uni au cours des années 1930 et 1940. Si l'enfant pouvait être "rematerné" à l'aide d'une technique connue sous le nom de "thérapie anaclitique", il pourrait être guéri de la maladie. Le Dr Cameron appliqua en fait cette théorie aux adultes. À l'aide de la "déstructuration", il avait ramené l'esprit du patient à un état infantile; il s'agissait alors, par le biais de la restructuration, de "rematerner" le patient dans le milieu protégé et sympathique de l'hôpital. La saturation psychique était l'une des techniques de rematernage.

Le Dr Cameron faisait appel aux deux techniques de la déstructuration et de la saturation psychique dans le traitement des patients souffrant de psychose (schizophrénie) de même que chez ceux qui souffraient de psychonévrose. Il importe de souligner ce qu'il déclara en ce qui concerne la sélection des patients atteints de psychonévrose :

> (TRADUCTION)
> "Pour ce qui est de la sélection, nous choisissons principalement des patients qui souffrent d'une psychonévrose chronique chez qui toutes les thérapies antérieures se sont avérées inefficaces." (Annexe 14, p. 210) (souligné dans le texte original)
>
> "Les patients choisis sont presque exclusivement ceux qui souffrent depuis très longtemps d'une psychonévrose extrêmement réfractaire." (Annexe 18, p. 5)

C. Les techniques utilisées

Voici une brève description de ces thérapies, dans leur forme la plus élaborée et parfois utilisées en association, comme elles l'étaient parfois.

1) Déstructuration et cure de sommeil

Dans la déstructuration, le patient était soumis à une sismothérapie massive - parfois jusqu'à vingt ou trente fois plus intense que l'électroconvulsivothérapie "normale". À la fin d'un traitement, qui pouvait durer jusqu'à 30 jours et compter jusqu'à 60 séances d'électrochocs, à raison de deux par jour, le patient était devenu plus ou moins insouciant et son état mental s'apparentait à celui d'un enfant.

Avant de commencer le traitement, on administrait au patient divers médicaments afin de maintenir un sommeil prolongé pendant une période d'environ dix jours. Par la suite, on procédait à la sismothérapie intensive, le patient étant maintenu inconscient pendant toute la durée du traitement. La déstructuration était complète à un certain point entre le trentième et le soixantième jour de sommeil et après de 30 à 60 électrochocs. La déstructuration était ensuite maintenue pendant une période supplémentaire d'une semaine au cours de laquelle le nombre d'électrochocs était réduit à trois.

Peu à peu, le nombre de traitements diminuait à un par semaine. Il y avait ensuite une période de réorganisation, au cours de laquelle le patient passait du "troisième stade", par le "deuxième stade" et jusqu'au "premier stade" de la déstructuration. Au cours de cette période, le patient éprouvait habituellement une anxiété considérable qu'on atténuait en lui administrant de la chlorpromazine (Largactil) et de l'amobarbital sodique.

C'est ainsi qu'on préparait les patients souffrant de psychonévrose aux séances de "saturation psychique".

2) Privation sensorielle

Une autre façon de préparer les patients à la saturation psychique était de les placer dans une situation de "privation

sensorielle". Cette technique consistait à les priver de toute stimulation sensorielle externe. Elle s'inspirait des travaux effectués au début des années 1950 par le Dr Donald O. Hebb, psychologue à McGill, pour le compte du Conseil de recherches pour la défense. Les travaux effectués par le Dr Cameron sur la privation sensorielle ne s'inscrivaient pas dans le prolongement de ceux du Dr Hebb (comme l'ont laissé entendre certains reportages dans les médias), même s'il existait certains liens intellectuels entre ces travaux. Les travaux du Dr Hebb font l'objet d'une discussion plus approfondie à la section 3 du présent document.

Les patients étaient privés de toute stimulation sensorielle extérieure pendant plusieurs jours. Dans un cas particulier, cette période a atteint seize jours. Dans certains cas, les patients chez qui la privation sensorielle n'avait eu aucun effet recevaient par la suite des traitements de narcothérapie ou de sismothérapie, conformément aux méthodes décrites antérieurement.

3) Saturation psychique

Après avoir subi une privation sensorielle, ou une narcothérapie et des électrochocs, ou encore une association de ces deux modalités thérapeutiques, le patient recevait une autre forme de traitement qu'on appelait "saturation psychique". Il s'agissait

d'enregistrer des messages sur un ruban magnétique et de les faire entendre des milliers de fois aux patients à l'aide de microphones placés dans leur oreiller, d'écouteurs ou d'autres moyens. Il s'agissait d'abord de présenter un message négatif dont l'objet était de forcer le patient à faire face à ses faiblesses. (Par exemple : "Gertrude, vous ne vous entendez pas avec les autres. Vous ne vous êtes jamais entendue avec votre mère... Vous ne vous êtes jamais sentie à la hauteur et vous êtes envieuse"...). Le patient écoutait ces messages pendant une période d'environ dix jours et, par la suite, on lui faisait entendre des messages positifs pendant une autre période de même durée. (Par exemple, "Gertrude, vous voulez être libre comme les autres femmes. Vous essayez d'arrêter de manipuler les gens par vos lamentations... Vous voulez que les autres vous aiment... Vous voulez avoir confiance.")

Le contenu des messages était habituellement établi sur la foi d'entrevues menées avec le patient avant le début du traitement ("saturation autopsychique"), souvent pendant qu'il était sous l'effet de psychotropes désinhibiteurs. Dans certains cas, les messages étaient préparés par le psychiatre plutôt que tirés des entrevues avec les patients ("saturation hétéropsychique").

Les séances de saturation psychique se déroulaient parfois pendant des périodes ininterrompues de seize heures par jour. Au total, les messages positifs et négatifs pouvaient être répétés jusqu'à un demi-million de fois.

Les patients recevaient des psychotropes pendant toute la durée de ces séances. Des barbituriques et d'autres produits étaient utilisés au cours des cures de sommeil. Au terme du traitement de déstructuration, l'angoisse provoquée par la thérapie était traitée au moyen de fortes doses de Largactyl et d'amobarbital sodique. Pendant les séances de saturation psychique, on injectait au patient du curare et de la cire d'abeille afin de maintenir sa réceptivité aux messages. Il arrivait également qu'on administre du LSD.

Pendant toute la durée du traitement et jusqu'à trois ans après, le patient recevait des soins personnels intensifs, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital, de la part du personnel de l'établissement, notamment les travailleurs sociaux, les psychiatres, les psychologues et les infirmières. Au cours de cette période de trois ans, le patient avait en général 65 autres séances d'électrochocs.

4) Patients souffrant de schizophrénie et de psychonévrose

Ces techniques étaient utilisées dans le traitement des schizophrénies et des psychonévroses, bien que la saturation psychique semble avoir été utilisée principalement chez les patients souffrant de psychonévrose. La saturation psychique ne semble pas avoir été utilisée couramment dans le cas des schizophrènes, lesquels étaient restructurés par le personnel de l'hôpital. Celui-ci passait de nombreuses semaines à ramener les

patients jusqu'au point où ils pouvaient vivre une vie à peu près normale. Les déficits mnésiques prolongés étaient un problème particulièrement grave pour les deux catégories de patients.

5) Techniques hautement envahissantes et intensives

On comprendra que la sismothérapie intensive, ou déstructuration, était une technique hautement intensive et envahissante. Elle avait pour objet précis de "détruire les schèmes mentaux" et ainsi de ramener le cerveau à un état quasi infantile. En fait, le Dr Cameron décrit les trois stades de la déstructuration de la façon suivante :

(TRADUCTION)

"Au cours du premier stade, il y a une perturbation de la perception spatio-temporelle ainsi qu'une importante perte de mémoire, mais le sujet conserve une certaine perception spatio-temporelle. En d'autres termes, il sait où il est, depuis combien de temps il s'y trouve et comment il y est arrivé. Au cours du deuxième stade le patient a complètement perdu sa perception spatio-temporelle, mais il sait nettement qu'il devrait en avoir une. Il se sent angoissé et inquiet parce qu'il ne sait pas où il est ou comment il y est arrivé. Au cours du troisième stade, il y a non seulement une perte de la perception spatio-temporelle, mais encore le sujet cesse d'éprouver tout sentiment. À ce stade, on peut également observer toute une variété d'autres phénomènes, comme la perte d'une langue seconde ou la conscience de sa situation matrimoniale. Dans les cas extrêmes, le sujet peut être incapable de marcher sans appui, de se nourrir et peut souffrir d'incontinence fécale et urinaire. À ce stade, tous ses symptômes de schizophrénie ont disparu. Il s'exprime au moyen de phrases brèves et rarement spontanées, ses réponses aux questions ne sont aucunement influencées par ses souvenirs du passé ni déterminées par une projection dans le futur. Il ne souffre d'aucun trouble émotif, à l'exception d'une euphorie légère habituelle. Il vit, pour ainsi dire, dans une bande très étroite de l'espace et du temps. Tous

> les aspects de sa mémoire sont gravement perturbés. Il ne comprend pas bien ce qui se passe autour de lui. Il ne peut pas retrouver ses souvenirs. Il n'arrive pas à reconnaître ou à se rappeler les gens et les événements, et sa capacité de rétention est extrêmement limitée." (Annexe 15, p. 67). (nous soulignons)

D'autres psychiatres qui ont utilisé la sismothérapie avant le Dr Cameron et dont les travaux ont servi de base à ceux qui ont été effectués au Allan Memorial ont décrit l'état de l'esprit du patient après cette thérapie de la façon suivante (tiré du même article à la p. 66) :

> (TRADUCTION)
> "Kennedy et Ancell ont décrit l'état mental de leurs patients comme étant comparable à celui d'un enfant de 4 ans. Rothschild et ses collègues ont déclaré que certains de leurs patients qui souffraient de troubles organiques étaient incapables d'avaler mais capables d'absorber des liquides à l'aide d'un biberon. Glueck a affirmé que ses patients étaient comme des nourrissons impuissants. Ils souffraient d'incontinence fécale et urinaire et devaient être nourris à la cuillère de même que par sonde."

Soulignons que ces descriptions imagées des effets de la sismothérapie massive figuraient dans les articles publiés dans la littérature scientifique publique.

D. Le problème de la perte de mémoire

Les psychiatres reconnaissent que la sismothérapie provoque chez de nombreux patients un effet secondaire fâcheux, à savoir le "déficit mnésique". Par exemple, après avoir subi un traitement (une convulsion d'une durée d'environ une minute suivie d'une demi-heure ou d'une heure de sommeil), un patient peut oublier

temporairement comment mettre et attacher ses souliers. Toutefois, après un seul traitement, la perte de mémoire est transitoire. Après une série normale d'électrochocs, disons douze traitements échelonnés sur une période de deux ou trois semaines, la perte de mémoire peut durer quelques semaines environ et, dans de rares occasions, elle peut être de plus longue durée. Évidemment, le personnel de l'hôpital aide les patients à mettre leurs chaussures et à s'acquitter d'autres tâches semblables jusqu'à ce qu'ils aient retrouvé leur mémoire.

Après la déstructuration, une perte de mémoire prolongée n'était pas du tout inhabituelle, étant donné qu'il s'agissait d'électrochocs massifs et intensifs. Tous les symptômes schizophréniques disparaissaient de même que tous les autres aspects de la mémoire. Le D^{r} Cameron qualifiait de "différentielle" l'amnésie qui en résultait, car l'amnésie relative aux manifestations de la schizophrénie persistait tandis que la mémoire des autres faits de la vie normale réapparaissait au cours du processus de restructuration.

E. L'évaluation de la déstructuration par le D^{r} Cameron

La déstructuration était-elle une technique efficace? Le D^{r} Cameron croyait certainement qu'elle l'était. Dans ses articles portant sur les sujets atteints de schizophrénie (annexe 15, p. 17), il a déclaré ce qui suit :

(TRADUCTION)
"En ce qui concerne l'efficacité, la première question qu'il faut se poser est la suivante : produit-elle le résultat qu'elle est censée produire? La réponse est un oui absolu. Son efficacité est de beaucoup supérieure à celle de la méthode des électrochocs multiples mise au point par Bini et Milligan et modifiée par la suite par d'autres thérapeutes. Elle représente en outre un progrès considérable par rapport à l'insulinothérapie et à la chimiothérapie. Son principal avantage est de réduire considérablement le taux de réadmission. Par ailleurs, il importe de souligner le fait qu'elle exige énormément de temps et d'efforts ainsi que la constitution d'une équipe de travailleurs hautement qualifiés." (nous soulignons)

"En ce qui concerne les effets secondaires fâcheux, le plus grave est évidemment la période d'amnésie totale. Nous travaillons sur des méthodes visant à réduire cet effet fâcheux, et il convient de dire que bien que la perte de mémoire soit une source de préoccupations et d'angoisse pour le patient au cours des six premiers mois environ qui suivent son congé, il y a habituellement une reconstruction des souvenirs subséquents à partir de ce qu'on lui a dit des événements qui sont survenus pendant la période où il était amnésique."

Le passage souligné est important pour les raisons exposées à la section 5 du présent document.

Il ne faut pas oublier que le Dr Cameron n'était pas le premier ni le seul psychiatre à utiliser les techniques de déstructuration. Les méthodes de sismothérapie intensive ont apparemment été mises au point par Cerletti, Bini et Milligan et utilisées auprès de patients souffrant de psychonévrose. Les premiers comptes rendus dans la littérature médicale remontent à 1946. La méthode a été appliquée au traitement de la schizophrénie par Kennedy et Ancell qui ont donné à ce traitement le nom de "sismothérapie régressive" (à tort, selon le Dr Cameron) et ont publié des comptes rendus à cet effet dès

1948. Le Dr Cameron cite trois autres groupes qui ont utilisé la technique et dont les comptes rendus ont été publiés dans la littérature en 1950, 1951 et 1957.

C'est en 1955 que le Dr Cameron décida, selon ses propres termes, de "développer le potentiel de cette technique". Comme nous l'avons souligné antérieurement, il utilisait cette technique pour traiter tant les sujets souffrant de psychonévrose (voir la demande adressée à la Society for the Investigation of Human Ecology, Annexe 18, p. 5 et les articles figurant aux Annexes 11, p. 985 et 12, p. 744) que les schizophrènes (voir Annexe 15).

F. Saturation psychique - autres commentaires et évaluation du Dr Cameron

Bien que parfois utilisée en association avec le traitement de déstructuration, la saturation psychique a également été utilisée dans d'autres situations. Comme nous l'avons expliqué, cette technique consistait à répéter des messages enregistrés, d'abord des messages à caractère négatif afin de confronter le patient à son problème et, par la suite, des messages positifs qui visaient à lui donner une nouvelle image de lui-même. Au cours de l'étape "positive", le personnel de l'hôpital travaillait avec les patients afin de les encourager à mettre en pratique leur nouveau schème de comportement.

Le Dr Cameron estimait que :

(TRADUCTION)
"Les résultats les plus prometteurs ont été obtenus chez les patients souffrant de psychonévrose chronique - qui étaient réfractaires à toute autre forme de traitement - et qui présentaient depuis longtemps une névrose caractérielle, associée à une hystérie d'angoisse ou à une névrose d'angoisse. Dans ces cas, les résultats que nous avons obtenus ont été de plus en plus encourageants et nous estimons maintenant qu'il s'agit de la technique de choix pour traiter ces sujets." (Annexe 13, p. 107) (nous soulignons)

G. L'usage de psychotropes - autres commentaires

Parmi les psychotropes utilisés figurent les barbituriques (comme l'amobarbital sodique), les amphétamines (comme le Desoxyn) et des hallucinogènes comme le LSD-25 ou la mescaline. En outre, afin de préparer le sujet à recevoir des électrochocs massifs, on lui administrait de petites doses de curare qui avaient pour objet d'induire une certaine immobilité pour garder le patient à l'endroit voulu. Tous ces psychotropes étaient utilisés couramment par les psychiatres au Canada au cours des années 1950 et au début des années 1960.

En raison de toute l'attention publique suscitée par l'usage du LSD, j'ai joint des documents à l'Annexe 19 qui montreront comment son usage était répandu à l'époque.

H. Conclusions concernant les fondements théoriques et l'efficacité des techniques utilisées par le Dr Cameron

Sur le plan théorique, les psychiatres reconnaissent aujourd'hui de façon générale que les techniques de déstructuration, de saturation psychique de même que les traitements connexes

utilisés par le Dr Cameron n'étaient pas fondés sur des principe scientifiques ou médicaux valables. En effet, d'une part les psychiatres n'acceptent plus l'idée d'une dichotomie épilepsie-schizophrénie et, d'autre part, bien qu'il puisse y avoir un certain fond de vérité dans l'idée que la maladie mentale résulte d'un maternage inadéquat, le Dr Cameron a poussé cette idée beaucoup trop loin en tentant de découvrir comment elle s'appliquait aux adultes. Les fondements théoriques des travaux du Dr Cameron sont aujourd'hui considérés comme très faibles, même à la lumière des connaissances et des normes de l'époque.

Sur le plan pratique et à la lumière des normes reconnues aujourd'hui, la plupart des psychiatres concluraient que la déstructuration a été un échec, non seulement du point de vue de son efficacité comme technique thérapeutique, mais encore parce qu'elle représentait une forme d'agression contre le cerveau humain qui n'était pas justifiable, même selon les normes de l'époque et à la lumière des connaissances scientifiques et médicales rudimentaires qu'on possédait alors par rapport à aujourd'hui.

Ces conclusions ne sont toutefois évidentes qu'en rétrospective, et aucun des médecins à qui j'ai parlé n'était disposé à affirmer que les traitements de déstructuration du Dr Cameron avaient été administrés au mépris des limites de la pratique médicale acceptable de l'époque ou pour une raison autre que le désir

d'aider les sujets en question. Ces points seront étudiés plus avant dans les sections 5 et 6 du présent document mais, pour l'instant, il convient de souligner que certains médecins croyaient que, parce qu'il tentait désespérément de trouver des solutions au problème de la maladie mentale, tant en général que dans des cas particuliers, le Dr Cameron s'est peut-être permis inconsciemment et involontairement d'aller au-delà de ces limites dans le cas de certains patients paticuliers; mais ce n'est là que de la spéculation et, j'aimerais le répéter, aucun des médecins n'était prêt à affirmer que ses motifs étaient répréhensibles.

Par ailleurs, certains médecins particuliers avaient des doutes quant à l'efficacité des techniques de déstructuration et de saturation psychique à l'époque où le Dr Cameron travaillait au Allan Memorial. En fait, ses traitements ont suscité certaines controverses même à l'intérieur de l'établissement. Ces doutes n'étaient cependant exprimés que sous forme de "rumeurs". Si tout le personnel du Allan Memorial et la plupart des psychiatres du Canada étaient au courant des travaux du Dr Cameron, et ceux-ci étaient décrits de façon exhaustive dans la littérature scientifique courante, où tous pouvaient en prendre connaissance, personne n'osait les remettre en question publiquement. Il convient également de souligner que les traitements appliqués par le Dr Cameron n'étaient pas utilisés par les psychiatres qui exerçaient dans d'autres hôpitaux de Montréal, et notamment par ceux qui travaillaient dans les hôpitaux d'enseignement rattachés

à l'Université McGill, et cela bien que le Dr Cameron y fût professeur de psychiatrie. Ils toléraient ses techniques, mais ils ne les utilisaient pas. Le lecteur trouvera une analyse des doutes suscités à l'époque par ses traitements dans la section 5 du présent document.

3. PARTICIPATION DES ORGANISMES OU MINISTÈRES DU GOUVERNEMENT DU CANADA AU FINANCEMENT DE L'INSTITUT ALLAN MEMORIAL

Trois organismes du gouvernement du Canada ont financé le Dr Cameron à l'égard de divers projets : le Conseil national de recherches du Canada (CNR) à titre de prédécesseur du Conseil de recherches médicales (CRM), le Conseil de recherches pour la défense (CRD) et le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (MSBS). Le CRD a aussi financé d'autres recherches pertinentes sur la privation sensorielle menées à l'Université McGill. Les participations de ces organismes sont examinées tour à tour.

A. Conseil national de recherches (CNR) à titre de prédécesseur du Conseil de recherches médicales (CRM)

Le Conseil national de recherches, par l'entremise de son Comité associé de la recherche médicale, a versé au Dr Cameron une subvention pour la période 1944-1946, afin de lui permettre d'étudier "les aspects psychologiques du retour à la vie civile industrielle" après la Seconde Guerre mondiale. La subvention portait le numéro M.P. 38 et se chiffrait à 3 000 $ pour chacune des deux années.

Cette subvention, de toute évidence, n'a pas de lien pertinent avec les questions examinées dans cet avis.

J'ai découvert une liste (voir l'Annexe 19A) de subventions versées par le CNR pour des recherches en psychiatrie, où l'on peut voir que deux autres subventions ont été accordées au Dr Cameron :

a) nº 290 - Laboratoire du comportement - 4 197 $;

b) nº 217 - Réactions des civils à des désastres dans la collectivité - 650 $

Le montant de la subvention accordée au premier projet est identique à celui versé au Dr Cameron par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, en 1950-1951, pour le projet nº 604-5-14 du MSBS, intitulé "Soutien pour un laboratoire du comportement" (voir plus loin). Je n'ai pu trouver d'autres renseignements sur le projet nº 290 du CNR. D'après les chiffres, je suppose que ou bien le CNR a versé une subvention de contrepartie pour l'année en question, ou bien le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a tout simplement versé l'argent au nom du CNR. Cette subvention n'offre pas d'intérêt particulier pour notre sujet.

Quant à la subvention nº 217 (Réactions des civils à des désastres dans la collectivité), il s'agit de toute évidence d'un

supplément à la subvention du CRD n° 65 versée au Dr Cameron (voir plus loin). Encore une fois, les archives ne donnent pas plus d'information, et il s'agit encore là d'une subvention qui ne comporte pas de lien pertinent avec notre sujet.

B. Conseil de recherches pour la défense (CRD)

1) Introduction

Le CRD a été fondé en 1946 à titre d'organe de recherche du ministère de la Défense nationale. Son premier président, le Dr Omond Solandt, est demeuré en poste jusqu'en 1957, avant de céder sa place à Adam Hartley Zimmerman Sr. (maintenant décédé). Le CRD avait pour mandat de réaliser lui-même des recherches, de recourir à des sous-traitants pour des éléments précis de travaux de recherche, et de verser des subventions à des chercheurs indépendants, dans des domaines offrant un intérêt particulier pour le secteur militaire. Le CRD ne devait pas s'adonner à la recherche scientifique fondamentale, mais plutôt à la recherche appliquée. Dans cette dernière catégorie entraient notamment la psychiatrie et la psychologie, et particulièrement la recherche de méthodes permettant de tester les capacités des recrues potentielles et du personnel en fonction, afin de déterminer leur aptitude à supporter le stress du combat, ainsi que l'étude de l'effet du stress en général dans les conditions pénibles imposées par une guerre ou une autre situation d'urgence.

2) La Guerre de Corée et le "lavage de cerveau"

Au début des années 1950, on s'inquiétait beaucoup dans les rangs supérieurs des armées du Canada, des États-Unis et de la Grande-Bretagne, des nouvelles techniques de "lavage de cerveau" alors utilisées par les forces communistes pendant la Guerre de Corée. Des soldats de ces trois pays ayant été capturés par l'ennemi étaient parfois soumis à ce traitement, et se trouvaient ainsi forcés de faire des déclarations publiques, ou des "confessions", dans lesquelles ils renonçaient aux croyances et aux valeurs de leur pays et épousaient la cause de l'adversaire. Dans certains cas, aucun moyen physique de coercition ne semblait avoir imposé ce comportement, et souvent les confessions paraissaient faites en toute liberté et sincérité. Des rapports ont plus tard révélé comment ces confessions avaient pu être obtenues; les soldats devaient subir un isolement prolongé, après quoi on les soumettait à une période d'endoctrinement pour leur inculquer les nouvelles croyances. On trouvera l'un de ces rapports à l'Annexe 20. On a alors vraiment craint, dans les pays occidentaux alliés, que les communistes n'aient découvert un moyen nouveau de contrôler l'esprit. On a donc jugé qu'il était essentiel d'en apprendre le maximum sur ces méthodes, afin de prévenir nos troupes contre les techniques communistes et de les exercer, dans la mesure du possible, à résister au lavage de cerveau.

Une réunion à l'échelon supérieur a été tenue à ce sujet à l'hôtel Ritz Carlton de Montréal le 1er juin 1951. Des représentants des organismes de recherche scientifique des forces canadiennes, américaines et britanniques y assistaient. Le Dr Solandt était le principal représentant du Canada. Le Dr Donald O. Hebb, psychologue de l'Université McGill, était également présent et a proposé au groupe que des expériences de "privation sensorielle" soient menées pour voir s'il était possible d'apprendre quelque chose au sujet des techniques de lavage de cerveau des communistes. Le procès-verbal de la réunion du 1er juin 1951 est reproduit à l'Annexe 21; la note manuscrite qui est jointe à ce procès-verbal (trouvée séparément dans des dossiers du CRD) laisse entendre que le commandant Williams, une des personnes présentes, était avec la CIA.

3) Les expériences de privation sensorielle du Dr Donald O. Hebb

Peu après la réunion du 1er juin 1951, le CRD a conclu un contrat (désigné comme le projet X-38) avec le Dr Hebb, en vue de la réalisation de ces "expériences de privation sensorielle". Le but des travaux était d'établir si des périodes prolongées de privation sensorielle réduisent effectivement la capacité du sujet de résister à des croyances nouvelles, contraires à celles qu'il avait précédemment. Les travaux se sont étalés de 1951 à 1955, et 63 étudiants de l'Université McGill y ont participé à titre de volontaires rémunérés.

L'expérience du Dr Hebb consistait à placer ses sujets dans un petit cubicule, à l'abri le plus possible de tout stimulus extérieur. Les avant-bras étaient recouverts de tubes de carton, les mains étaient enveloppées de ouate, le sujet portait des lunettes ne laissant pénétrer qu'une lumière diffuse et était privé de toute stimulation auditive. L'étudiant devait demeurer dans cet état aussi longtemps qu'il en était raisonnablement capable et pouvait abandonner en tout temps. Pendant qu'il était soumis à une telle privation sensorielle, le sujet se voyait offrir la possibilité d'écouter un enregistrement sur gramophone dont le contenu lui était désagréable. Un extrait d'un compte rendu des premiers travaux du Dr Hebb permettra de mieux comprendre :

> (TRADUCTION)
> "Trois enregistrements sur gramophone étaient offerts au sujet, dont tous avaient un contenu désagréable à ce dernier au début de l'expérience : 1) quatre répétitions de 16 mesures de "Home on the Range", 2) un extrait de cinq minutes d'une musique atonale discordante et 3) un extrait d'un texte destiné à de jeunes enfants comportant des explications et des exhortations sur les bienfaits de la pureté de l'âme et les moyens de l'atteindre. Le sujet S pouvait, par un signal, demander d'écouter l'un ou l'autre de ces trois enregistrements. Il a donné, en tout, 42 signaux et a passé en tout 2 heures et 21 minutes à écouter ces enregistrements, sur ses 8½ heures d'éveil. Il n'exprimait pas en général de préférence dans son choix, demandant la plupart du temps les trois enregistrements l'un après l'autre puis, après une pause, la même séquence. Le seul signe de préférence a été exprimé à l'endroit de l'enregistrement 1), soit les mesures répétées de "Home on the Range". Ce sujet est un étudiant d'université, intellectuellement de la catégorie adulte supérieure, et ce genre de contenu ne pouvait d'aucune façon lui être agréable. Comme on l'a mentionné plus haut, les enregistrements lui déplaisaient au départ, et il a

déclaré qu'il les trouvait toujours désagréables à la fin de l'expérience."

Dans un autre cas, le chercheur exposait l'étudiant une déclaration de "propagande" contraire à ses propres croyances, pour voir si l'étudiant en venait à épouser cette idée. Les idées en question étaient très inoffensives, par exemple une croyance dans le compte rendu biblique de la création, ou l'opinion d'un adepte de la tempérance. On trouvera à l'Annexe 22 des copies de quelques documents d'archives du CRD exposant les résultats de cette recherche.
Bien que les travaux du Dr Hebb étaient secrets au départ, il y a longtemps qu'ils ont été déclassifiés. Pendant la plus grande partie de la période au cours de laquelle les travaux se sont déroulés, le Dr Hebb lui-même a constamment imploré le CRD de lui permettre de publier ses résultats. Il croyait que la non-publication des travaux aurait pour effet de créer une fausse impression dans le public au moment où ils finiraient par être divulgués, comme cela ne manquerait pas d'arriver. On trouvera à l'Annexe 23 des documents d'archives, des coupures de presse et des lettres qui montrent bien l'argumentation en cause.

Les conclusions tirées par le Dr Hebb et ses collègues peuvent être énoncées simplement. Les variations de l'environnement sensoriel sont absolument essentielles au bon fonctionnement de l'esprit. Sans elles, le cerveau cesse de fonctionner adéquatement et des anomalies de comportement apparaissent; par

exemple, après peu de temps la personne commence à avoir des hallucinations. En "atténuant la résistance" d'un prisonnier au moyen de techniques d'isolement sensoriel, on peut créer chez lui un état d'esprit qui le rend réceptif à l'implantation d'idées contraires à ses croyances préalables. L'Annexe 24 présente un résumé de trois pages de ces résultats, préparé par le CRD à l'intention du Conseil du Trésor le 3 août 1954.

Le Dr Hebb, décédé en août 1985, était le psychologue canadien le plus réputé, et l'auteur d'un ouvrage qui a fait époque, intitulé "The Organization of Behaviour" (1949). Il était considéré comme un excellent chercheur et une personne généreuse et réfléchie. Il a mené ses recherches en se souciant au plus haut point du bien-être des étudiants volontaires. Je n'ai entendu personne prétendre qu'il y ait eu quelque chose de répréhensible dans ses recherches. Quelqu'un m'a signalé un cas non confirmé de maladie mentale chez un étudiant qui avait participé à l'expérience, mais on semble croire que la maladie se serait développée de toute façon, indépendamment des expériences du Dr Hebb.

Comme l'avait prévu le Dr Hebb, ses travaux ont fini par s'ébruiter et ont fait l'objet de commentaires négatifs dans la presse. En conséquence, le Dr Solandt a dû fournir des explications, puis a exigé que les recherches soient abandonnées progressivement. Les Annexes 23 et 24 fournissent des précisions sur cet aspect de la question.

4) Le lien entre les travaux du Dr Hebb et ceux du Dr Cameron

Les travaux du Dr Hebb sont mentionnés dans cet avis parce que certains rapports des médias, et certains membres du public qui ont écrit au gouvernement pour exprimer leur inquiétude au sujet des travaux du Dr Cameron, ont fait mention des recherches du Dr Hebb en croyant de toute évidence qu'il existait un lien étroit entre les deux. Le Dr Cameron, dont les recherches se déroulaient à un endroit très voisin du lieu de travail du Dr Hebb, était bien sûr au courant du travail de ce dernier et était lui-même intéressé au phénomène de la privation sensorielle sur le plan psychiatrique. Ce fait ressort clairement de la lettre du Dr Hebb du 1er janvier 1953, présentée à l'Annexe 23. C'était le cas également d'autres chercheurs du Allan Memorial, comme le montre la lettre du Dr Cormier, qui fait l'objet de l'Annexe 25. Toutefois, comme on l'a déjà mentionné, les travaux du Dr Hebb et du Dr Cameron ne sont reliés que dans un sens intellectuel; les recherches du Dr Cameron ne constituaient d'aucune façon un prolongement ou un perfectionnement du travail du Dr Hebb. Le Dr Cameron était souvent stimulé par les travaux d'autres scientifiques oeuvrant dans des domaines connexes ou même non apparentés, et la privation sensorielle n'était que l'un des domaines de recherche à l'égard desquels il manifestait de l'intérêt.

Selon certaines personnes que j'ai interrogées, le Dr Hebb lui-même tenait en piètre estime les travaux du Dr Cameron dans

le domaine de la privation sensorielle (de même que ses recherches sur la saturation psychique). De l'avis du D^r Hebb, le D^r Cameron ne connaissait pas suffisamment les principes et les techniques de la recherche scientifique pour bien comprendre comment (si vraiment c'était le cas) les travaux du D^r Hebb en privation sensorielle pouvaient être appliqués au traitement de patients. La question des compétences du D^r Cameron à titre de chercheur scientifique est examinée en détail à la section 5 de ce document.

5) Le financement par le CRD de projets réalisés au Allan Memorial

Le CRD a financé deux projets de recherche du D^r Cameron, mais aucun d'eux n'était relié au traitement des malades mentaux. Les deux projets en question (subventions du CRD n^os 65 et 172 respectivement) s'intitulaient "Gestion de la peur et de l'anxiété des civils dans l'éventualité d'un désastre dans la collectivité" (1948-1951) et "Problèmes de comportement dans l'adaptation de l'homme blanc à l'Arctique". Pour une raison importante examinée à la section 5 de cet avis, le président du CRD, le D^r Solandt, a veillé à ce que le D^r Cameron ne fît aucune demande au CRD pour des travaux dans le domaine de la recherche psychiatrique faisant intervenir des patients.

Le CRD a subventionné un nombre considérable d'autres projets de recherche au Allan Memorial, réalisés par des collègues du

D^r Cameron. J'ai examiné dans un même temps un grand nombre de documents d'archives décrivant ces projets, et aucun d'entre eux n'a de lien pertinent avec les questions qui nous intéressent ici. Je n'ai pas jugé nécessaire de chercher plus longtemps des cas de financement de recherches psychiatriques portant sur des patients au Allan Memorial, et ce pour deux raisons : d'abord, pour ce qui est du D^r Cameron, comme on l'a indiqué ci-dessus, le CRD refusait d'examiner toute demande conformément aux instructions du D^r Solandt; ensuite, pour ce qui est des autres chercheurs du Allan Memorial, rien ne me porte à croire qu'ils aient pu demander, ou recevoir, des subventions dans les secteurs d'activité en cause ici (à savoir la déstructuration, la saturation psychique, etc.), qui étaient la spécialité du D^r Cameron.

C. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (MSBS)

1) Introduction

En 1948, le gouvernement fédéral a créé le programme des Subventions nationales à la santé, dont le but était de financer des projets relatifs aux soins de santé dans dix (plus tard, treize) domaines liés à la santé. L'une d'elles était la Subvention à la santé mentale. Les subventions de recherche versées au Allan Memorial par le MSBS au cours de la période examinée (de 1948 à 1964, année où le D^r Cameron a quitté le

Allan Memorial) l'ont été en vertu de cette Subvention à la santé mentale.

Les renseignements de base au sujet du programme des Subventions à la santé nationale sont donnés à la section 4 du présent document.

2) Mode de présentation des demandes dans le cadre de la Subvention à la santé mentale

Pendant toute la période qui nous intéresse, le traitement des demandes en vertu de la Subvention à la santé mentale se déroulait comme suit (voir à l'Annexe 26 diverses notes de service ministérielles et un exemple de formule de demande) :

a) L'établissement (par ex. l'Institut Allan Memorial) devait présenter une demande sous la forme requise par le MSBS, puis soumettre la demande aux autorités provinciales.

b) Les autorités provinciales devaient ensuite signifier leur approbation de la demande en la transmettant au MSBS à Ottawa.

c) Les responsables du MSBS faisaient un examen préliminaire de la demande pour s'assurer en général de la pertinence scientifique et médicale de la recherche proposée, et pour vérifier que toutes les formalités avaient été remplies.

d) La demande était ensuite soumise à deux experts de l'extérieur, spécialisés dans le domaine de recherche proposé. Ceux-ci remettaient au Ministère un commentaire écrit détaillé qui demeurait anonyme en toutes circonstances.

e) Le Sous-comité de la recherche du Comité consultatif de la santé mentale examinait chaque demande pour s'assurer de sa pertinence scientifique et médicale. Le Comité consultatif de la santé mentale était formé d'environ vingt membres. Il comprenait des experts de l'extérieur de la fonction publique, y compris des spécialistes de la psychiatrie, de la psychologie et des domaines connexes. Des fonctionnaires du Ministère faisaient office de président et de secrétaire du comité, de manière à assurer la liaison nécessaire. Le comité assurait donc une certaine forme d'évaluation par les pairs.

f) Le sous-comité faisait part de ses recommandations au comité consultatif, lequel faisait ensuite rapport aux responsables du Ministère.

g) Les responsables du Ministère faisaient ensuite des recommandations au Ministre quant aux subventions à

verser, et les approbations étaient transmises aux provinces.

h) Les responsables provinciaux transmettaient alors l'approbation directement à l'établissement.

3) Subventions versées à l'Institut Allan Memorial

J'aborde maintenant le sujet des subventions versées pour la recherche psychiatrique à l'Institut Allan Memorial et au D^r Cameron, en vertu de la Subvention à la santé mentale.

Au début de 1985, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a reçu, en vertu des dispositions sur l'accès à l'information, une requête visant "toutes les lettres et rapports datant des années 1950 à 1964 reliés aux expériences du D^r Cameron et de l'Hôpital Allan Memorial dans le cadre du projet MK Ultra, Écologie humaine, Lavage de cerveau, et toute lettre ou rapport adressé à la Central Intelligence Agency (CIA) des États-Unis". En préparant sa réponse, le Ministère a consulté son répertoire principal, qui mentionne neuf projets de recherche psychiatrique pour lesquels le D^r Cameron est désigné comme chercheur principal. Le total des fonds versés à l'égard de ces neuf projets s'établit à 495 444,41 $; la liste des projets est donnée à l'Annexe 27. Outre ces neuf projets, j'ai relevé un dixième projet, portant le n^o 604-5-433, qui a été entrepris sous la gouverne du D^r Cameron et qui a pris fin en 1965 sous la

responsabilité du Dr Davis, après la retraite du Dr Cameron. Ce projet s'intitule "L'effet des psychotropes sur les réponses cérébrales à une stimulation périphérique chez l'homme".

J'ai examiné des dossiers sur huit de ces dix projets. (Il n'existe pas de dossiers relatifs aux deux autres, soit les nos 604-5-104 et 604-5-108, mais d'après leur titre tel qu'il figure à l'Annexe 27, ils ne sont manifestement pas reliés au sujet qui nous occupe.) En examinant ces huit projets, on constate que le Dr Cameron était le chercheur principal pour seulement quatre d'entre eux; en fait, non seulement il n'était pas le chercheur principal dans les autres projets (contrairement à ce qu'indique le répertoire principal du MSBS), mais son nom n'est même pas mentionné dans les dossiers dont on dispose encore à leur sujet. On peut supposer qu'à titre de responsable du Allan Memorial, il signait les demandes initiales sans lui-même être participant.

Sur les quatre projets pour lesquels le Dr Cameron était le chercheur principal, seulement deux nous intéressent ici. (Les deux autres sont le no 604-5-76 "Une étude des effets de l'acide nucléique sur la déficience mnésique chez les personnes âgées" et le no 604-5-76, mentionné ci-dessus). Les deux dossiers pertinents sont les suivants :

a) <u>Projet no 604-5-14</u> (1950-1954; 17 875,00 $)
Dans le cadre de ce projet, intitulé "Soutien à un laboratoire du comportement", plusieurs expériences

ont été planifiées. L'une d'entre elles consistait à évaluer le déficit mnésique et les difficultés d'apprentissage résultant d'un ou de plusieurs électrochocs. Une autre consistait à filmer des patients devant une toile en damier avant et après un traitement aux électrochocs, en vue de détecter toute différence dans les mouvements. Une troisième expérience permettait d'étudier les effets de l'isolation sensorielle. Une quatrième visait à étudier les techniques de la saturation psychique dans diverses situations : pendant que le patient était sous hypnose, dans un sommeil continu, et lorsque la résistance du patient était réduite au moyen des techniques d'isolement du D^{r} Hebb. Le rapport final présenté au MSBS est reproduit à l'Annexe 28.

b) Projet n^{o} 604-5-432 (1961-1964; 51 860,00 $)
Ce projet est intitulé "Étude des facteurs qui favorisent ou retardent les changements de personnalité chez des sujets exposés à une répétition prolongée de signaux verbaux", c'est-à-dire la saturation psychique. Le sommaire et le rapport final sont présentés à l'Annexe 29. Cette étude a donné lieu à la publication de cinq documents, dont quatre sont reproduits aux Annexes 13, 14, 16 et 17.

Nous allons voir que ces deux projets avaient trait à la saturation psychique, utilisée en association avec la déstructuration, la narcothérapie et l'administration de psychotropes. Comme il est signalé à la section 7, il s'agissait là également des sujets étudiés dans le cadre des travaux réalisés par le Dr Cameron grâce à des fonds de la CIA.

Un commentaire s'impose au sujet d'un des projets à première vue non pertinents, soit le projet nº 604-5-13, intitulé "Études de recherche sur l'électroencéphalographie et l'électrophysiologie". Il s'agissait d'un projet d'envergure réalisé au Allan Memorial principalement par le Dr Lloyd Hisey, psychiatre en chef, Centre d'électroencéphalographie et d'électrophysiologie (1950-1952) et son successeur à compter du 1er juillet 1952, le Dr Charles Shagass. Une bonne partie de ces travaux, qui ont fait l'objet de comptes rendus détaillés dans la littérature scientifique, bénéficiaient du soutien du MSBS et du CRD. Bien que ces études portent sur des aspects particuliers de la recherche en psychiatrie, aucune d'elles n'aborde directement les questions de la déstructuration et de la saturation psychique. Les études ont traité, toutefois, de sujets comme la stimulation photique (utilisation de lumières stroboscopiques)*, la narcothérapie et les effets des électrochocs (voir l'Annexe 30).

---

*Les lumières stroboscopiques, lorsqu'elles clignotent à certaines fréquences, peuvent entraîner des effets apparentés aux convulsions; c'est pourquoi on croyait que la technique pourrait aider à libérer les "voies de transmission cérébrales".

Fait intéressant, la Society for the Investigation of Human Ecology (SIHE), la "couverture" de la CIA (voir la section 7 de cet avis), s'intéressait également au Projet n° 684-5-74, "Une étude de la communication ultraconceptuelle", projet mené de 1959 à 1961 sous la direction de Leonard Rubenstein du Allan Memorial (voir Annexe 31). (Rubenstein collaborait avec le Dr Cameron au projet de la SIHE sur la saturation psychique, portant le nom de code de la CIA "MK Ultra Subproject 68", dont nous parlerons en détail plus loin.) Je n'ai relevé aucune indication permettant de croire que la SIHE ait réellement financé ce projet particulier, mais il est concevable que la CIA ait pu s'intéresser à ce sujet d'étude, qui examinait les moyens par lesquels la voix peut communiquer de l'information à un niveau tant verbal que non verbal et aussi transmettre, consciemment ou inconsciemment, des sentiments qui ou bien s'allient au message verbal, ou bien reflètent la disposition émotionnelle du sujet. Quoi qu'il en soit, ce projet est sans relation avec le sujet qui nous occupe dans cet avis.

Outre celles visant ces dix projets, de nombreuses autres subventions étaient bien sûr versées à d'autres chercheurs du Allan Memorial. Bien que je n'aie pas examiné les archives concernant ces subventions - en fait, un tel examen aurait pris beaucoup plus de temps et aurait exigé un élargissement considérable de mon mandat - j'ai passé en revue la liste du MSBS des projets financés entre 1948 et 1963, et je n'ai aucune raison

de penser que l'un ou l'autre d'entre eux puisse présenter un lien significatif avec le sujet qui nous occupe.

4) Mode de traitement des demandes de subventions du D[r] Cameron

Les demandes de subventions du D[r] Cameron étaient-elles traitées de la même façon que les autres par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social?

Un certain nombre de personnes que j'ai interrogées avaient assisté à des réunions du Sous-comité de la recherche du Comité consultatif de la santé mentale et se souvenaient d'avoir vu le D[r] Cameron présenter des demandes de subventions à la Division de la santé mentale. Toutefois, personne ne se souvenait des détails de ces demandes ni des éventuelles subventions qui avaient pu en découler. Tous ceux à qui j'ai parlé ont exprimé l'avis que les demandes du D[r] Cameron avaient sans doute été traitées de la façon normale; si cela n'avait pas été le cas, ils en auraient gardé le souvenir.

En même temps, les personnes que j'ai interrogées admettaient que le D[r] Cameron était perçu comme le doyen des psychiatres canadiens. Selon bon nombre d'entre elles, la prééminence du D[r] Cameron dans ce domaine, conjuguée à une personnalité forte et dynamique, pourrait bien avoir suscité un certain respect chez ceux qui avaient pour tâche d'évaluer ses demandes. Il ne s'agit

aucunement de laisser entendre que qui que ce soit ait fui ses responsabilités et donné son accord à un projet considéré comme inacceptable d'un point de vue scientifique ou médical, ni de prétendre qu'il y ait eu absence de tout débat intellectuel au moment de l'examen des demandes; en fait, il semble que ce genre de débat était la norme même lorsque des demandes de chercheurs éminents comme le Dr Cameron étaient évaluées. Ce qu'on laisse entendre, c'est que certains membres des groupes d'évaluation étaient peut-être un peu réticents à exprimer des doutes, si effectivement ils en avaient, quant au fondement médical ou scientifique des méthodes exposées dans la proposition. Il faut souligner qu'il n'existe aucune preuve réelle que cela se soit produit; toutefois, la nature humaine étant ce qu'elle est, il est raisonnable de supposer, de l'avis de certaines personnes avec qui je me suis entretenu, que ce genre de respect ait pu se manifester. Bref, rien n'indique que les demandes du Dr Cameron et du Allan Memorial aient pu recevoir de la part du gouvernement et de ses conseillers externes un traitement différent de celui de tout autre requérant.

5) Surveillance de l'avancement de travaux

La Division de la santé mentale avait comme ligne de conduite d'exiger des titulaires de subventions qu'ils soumettent un rapport annuel d'avancement des travaux. En fait les subventions elles-mêmes étaient décernées annuellement, tandis que les projets, le plus souvent, portaient dès le départ sur plusieurs

années. C'est sur la foi de ces rapports annuels d'avancement des travaux que la subvention de l'année suivante était approuvée par le Comité consultatif de la santé mentale.

En outre, le Ministère avait pour pratique d'envoyer des représentants faire des visites occasionnelles aux établissements où les travaux se déroulaient; toutefois, comme la santé relève principalement de la compétence des provinces, les fonctionnaires du Ministère demandaient à leurs homologues provinciaux l'autorisation de faire de telles visites. Cette autorisation était toujours accordée et, à tout le moins au Québec, le travail de surveillance des projets en cours était entièrement effectué par des fonctionnaires fédéraux, et non par la province. Mais ce qu'il importe de noter, c'est que le gouvernement fédéral "préparait le chemin" en vue des visites de ses fonctionnaires aux établissements abritant les titulaires de subventions. Les visiteurs obtenaient également à l'avance l'autorisation de l'établissement concerné; il n'était pas question de "visites surprises". De plus, la visite ne revêtait pas le caractère d'une inspection; il ne s'agissait pas d'une vérification détaillée de nature financière, médicale ou scientifique. Le représentant de la Division de la santé mentale s'informait simplement auprès du chercheur du travail accompli grâce à la subvention, pour être en mesure d'évaluer la demande annuelle de renouvellement et pour s'assurer que la subvention était consacrée, grosso modo, au projet auquel elle était destinée.

En ce qui a trait au D[r] Cameron et au Allan Memorial, rien ne permet de croire qu'ils aient été traités différemment des autres pour ce qui est de ces visites annuelles. En fait, il ressort de mes entretiens avec d'anciens fonctionnaires que les visites au Allan Memorial ont peut-être été un peu plus fréquentes qu'ailleurs, soit à cause de la prééminence de cet établissement, soit parce que Montréal était une ville agréable à visiter! Il ne s'agit, toutefois, que d'une impression; ce qui est clair, c'est que rien ne permet de croire que le Allan Memorial n'ait pas reçu de visites ou qu'il ait délibérément fait l'objet de visites additionnelles.

On pourrait se demander comment le système canadien de subventions à la recherche se comparait avec celui d'autres pays. Certains scientifiques étaient certainement d'avis que les organismes de subvention canadiens surveillaient de beaucoup trop près les chercheurs. Le D[r] Heinz Lehmann, psychiatre éminent qui dirigeait l'hôpital protestant de Verdun (connu sous le nom de Centre Hospitalier Douglas) le croyait sûrement, comme en fait foi la coupure de presse présentée à l'Annexe 32.

6) Conclusions

En conclusion, je suis d'avis qu'en ce qui a trait à la structure et à l'application de ses méthodes d'attribution des subventions, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a

affiché en tout temps un comportement prudent et professionnel. La pratique consistant à soumettre les demandes à un examen interne attentif, puis à les transmettre à deux experts de l'extérieur spécialisés dans le domaine concerné pour qu'elles fassent l'objet d'un examen et de commentaires anonymes, et enfin à les faire évaluer par le groupe de spécialistes externes qualifiés formant le Comité consultatif de la santé mentale et son Sous-comité de la recherche, démontre à mon avis la bonne foi et la compétence des fonctionnaires responsables.

4. LE CLIMAT DE L'ÉPOQUE

A. Historique du Système de subventions nationales à la santé

Dès 1919, le premier ministre Mackenzie King et son parti avaient pris un engagement en faveur d'une forme de programme national de santé pour le Canada. Toutefois, ce n'est qu'après la Seconde Guerre mondiale que l'idée d'un programme national de santé est enfin apparue réalisable. Le gouvernement se rendait compte que la capacité du pays d'assurer des soins de santé dans toutes les régions devrait être grandement améliorée avant qu'un tel programme puisse être mis sur pied. Il n'y avait tout simplement pas assez d'installations ou de personnel pour satisfaire à la demande qui se manifesterait au moment de l'implantation d'un tel programme et, en outre, la qualité des soins de santé variait énormément d'une région à l'autre.

Pour remédier à ces déficiences, le gouvernement fédéral a eu l'idée de venir en aide aux provinces pour qu'elles puissent étendre et améliorer les services dans certains secteurs de la santé, à titre d'étape préliminaire vers la mise en place ultérieure, d'abord de régimes d'assurance-hospitalisation, et plus tard de l'assurance-santé nationale. En 1948, le gouvernement a institué les Subventions nationales à la santé, dans dix domaines distincts (plus tard, dans treize), par exemple la santé publique, la lutte à la tuberculose, les maladies vénériennes, les enfants handicapés et le cancer. L'une d'entre elles était la Subvention à la santé mentale.

La subvention à la santé mentale avait pour objet d'assurer un soutien à trois types de projets :

a) ceux visant à assurer des services à la collectivité,

b) ceux visant à mieux doter en personnel et en équipements les hôpitaux psychiatriques et les sections psychiatriques des hôpitaux généraux, et

c) ceux visant à assurer une formation au personnel oeuvrant en santé mentale; dans ce type de projet était englobée la recherche psychiatrique.

B. Quelques données pertinentes

Au moment de l'instauration de la Subvention à la santé mentale à la Chambre des Communes le 14 mai 1948, le Premier ministre Mackenzie King a déclaré ce qui suit :

> "Traitement des maladies mentales - Le Gouvernement demandera au Parlement d'autoriser le versement aux provinces d'une subvention analogue en vue du traitement des maladies mentales. Le montant initial de 4 millions augmentera pendant un certain nombre d'années, jusqu'à un maximum de 7 millions par année. On se rendra plus facilement compte de la gravité du problème que présentent les maladies mentales si l'on se rappelle qu'entre le tiers et la moitié de tous les lits d'hôpitaux au Canada sont occupés aujourd'hui par les personnes atteintes de maladies mentales." (Nous soulignons.)

Quelques autres statistiques sont intéressantes à ce sujet :

(TRADUCTION)

- "Les maladies mentales et nerveuses frappent davantage que le cancer, la paralysie infantile et la tuberculose combinées. Quel que soit le moment, dans les régions où les services aux malades mentaux sont pratiquement adéquats, on observe qu'un adulte sur 150 dans la population en général est hospitalisé par suite d'une maladie mentale. (Landis et Page, Mental Health, 1939)."
- "Une personne sur 18 ou 20 passera, dans toute sa vie, un certain temps dans un hôpital psychiatrique."
- "Une personne sur 10 dans la population en général sera handicapée par une forme quelconque de maladie mentale à un certain moment de sa vie."
- "Il y a 50 000 patients dans les hôpitaux psychiatriques au Canada (Bureau fédéral de la statistique)."

L'information qui précède provient d'une note de service datée du 18 janvier 1949, transmise par des fonctionnaires du Ministère à l'honorable Paul Martin, minitre de la Santé (voir copie à l'annexe 33). Les subventions à la recherche figuraient à la rubrique "personnel nécessaire en santé mentale". L'obstacle à l'expansion des services de santé mentale à cette époque était le manque de personnel qualifié. Le but était d'accroître considérablement le nombre de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux, d'infirmières et de travailleurs communautaires dans le domaine de la santé mentale.

C. État de la psychiatrie et progression de la recherche après 1948

La psychiatrie, vers la fin des années 1940 et le début des années 1950, commençait à peine à émerger de l'ère de "l'asile d'aliénés". On entretenait de grands espoirs, sinon un profond désir, chez les médecins, les fonctionnaires et les hommes politiques, pour qu'on trouve un moyen, par des techniques nouvelles comme les électrochocs, l'insulinothérapie, la psychopharmacologie, etc., grâce auxquels on guérirait la maladie, tout en libérant les hôpitaux d'une proportion substantielle de leurs patients et de leurs coûts. La maladie mentale était considérée comme l'une des dernières grandes manifestations de la souffrance humaine à vaincre. Les scientifiques avaient découvert de nouveaux médicaments spectaculaires comme les sulfamides et la pénicilline pour guérir les affections physiques. N'y avait-il rien à faire pour le plus grand des groupes, soit les personnes atteintes de maladie mentale?

Ces éléments ont été évoqués par bon nombre de personnes que j'ai rencontrées au moment de préparer cet avis. Il n'est peut-être pas surprenant, dans ce cas, que dans la conquête du domaine des maladies mentales, où si peu avait été accompli et tant restait à faire, un sens aigu de l'urgence imprégnait les idées de l'époque et incitait fortement à chercher des solutions le plus rapidement possible. Et la clé pour y parvenir était la recherche.

Dans une note de service du Dr Charles A. Roberts, M.D., chef de la Division de la santé mentale, datée du 8 avril 1953 (voir copie à l'Annexe 34), on peut lire ce qui suit :

> (TRADUCTION)
> "Lorsque le Programme des subventions nationales à la santé a été instauré, on se rendait compte qu'il existait un grand besoin de recherche dans l'ensemble du domaine de la santé ... À l'époque, il s'effectuait un peu de recherche par les personnes en formation et par le personnel de l'Université Laval, par le personnel du département de psychiatrie de l'Université McGill, ainsi qu'à l'hôpital psychiatrique de Toronto. Hormis cela, je ne sache pas que des recherches en psychiatrie ou en santé mentale aient été menées au pays à ce moment." (Nous soulignons.)

Par ailleurs, dans un rapport du Dr Roberts au Directeur des études sur l'assurance-santé, daté du 20 août 1953, au sujet des estimations de la Subvention à la santé mentale pour 1954-1955, il est signalé qu'en 1947, à peine plus de 25 000 $ étaient consacrés à la recherche sur les maladies mentales au Canada. En 1948, le chiffre s'établissait à 4 850 $. En 1953, cette valeur était toutefois passée à 461 626 $.

Le Dr Cameron, psychiatre le plus réputé au Canada à l'époque, était frustré par la lenteur des progrès accomplis dans l'élaboration de nouvelles méthodes psychiatriques. Il espérait toujours une perçée spectaculaire; il partageait en cela le sens de l'urgence qui animait à cette époque les chercheurs en psychiatrie. Il était en tête du mouvement de recherche qui s'employait à résoudre les problèmes marquants de la maladie mentale. Par son ambition et le talent avec lequel il obtenait

les subventions, il pouvait se maintenir à l'avant-garde. L'article de journal figurant à l'Annexe 35 permet d'apprécier l'intensité avec laquelle le Dr Cameron défendait la cause de la recherche psychiatrique.

Au moment de la huitième réunion du Comité consultatif de la santé mentale, tenue les 28 février et 1er mars 1955, Les subventions à la recherche en santé mentale décernées par le Ministère avaient atteint environ 500 000 $, sur un total approximatif de 1,6 million de dollars consacrés à la recherche dans l'ensemble du domaine de la santé. La santé mentale accaparait donc une part substantielle du total, tendance qui s'est maintenue par la suite. À la fin de l'année financière 1962-1963, environ 8 millions de dollars avaient été affectés à la recherche en santé mentale depuis 1948, sur un total d'environ 30 millions de dollars pour la recherche médicale, tous domaines confondus.

La progression phénoménale de la recherche psychiatrique que révèlent ces chiffres indique clairement le haut degré de priorité que les fonctionnaires et les hommes politiques de l'époque accordaient aux problèmes de la maladie mentale, et le sens de l'urgence avec lequel eux et les médecins étaient décidés à trouver des solutions. Ce sens de l'urgence m'a été confirmé sans équivoque par l'honorable Paul Martin, ministre de la Santé dans les premières années du programme des Subventions nationales à la santé.

Faculty of Medicine
University of Toronto
Office of the Dean

January 9, 1986

Mr. George T.H. Cooper
P.O. Box 730
1673 Bedford Row
Halifax, N.S. B3J 2V1

Re: ALLAN MEMORIAL INSTITUTE
DR. D. EWEN CAMERON

Dear Mr. Cooper:

I am writing to provide my views on those aspects of Dr. Cameron's controversial treatment methods at the Allan Memorial Institute (1953-1964) about which you consulted me. I will begin by outlining the basis on which I have formed my opinions and then I will address the points we discussed at our meeting in Toronto on October 31, 1985 and that are set out in your letter to me of November 26th.

Information Base

I have reached my conclusions on the basis of the following information:

1. Review of some of the papers published by Dr. Cameron and his colleagues in the professional literature;

2. Review of other contemporary professional publications in the same journals and in the same years, namely,

   a) American Journal of Psychiatry, Vol 112(1956)

   b) Canadian Psychiatric Association Journal Vols 6 (1961) and 10 (1965)

   c) Comprehensive Psychiatry, Vol 3 (1962)

   d) Journal of Mental Science, Vol 106 (1960)

Cont'd.../2

3. Review of unpublished personal memoirs of Dr. R.A. Cleghorn, Dr. Cameron's successor as Professor of Psychiatry at McGill University and Director of the Allan Memorial Institute;

4. Personal knowledge. As a medical student at McGill in the 1950's and an intern at the Royal Victoria Hospital I had some contact with Dr. Cameron and his work. This contact became much more extensive in 1961 when, as a resident in Internal Medicine, I worked on Dr. Cameron's service at the AMI, both with his patients who were receiving the controversial treatments (depatterning, psychic driving, hallucinogenic drugs, etc) and those receiving the more convential treatments of the day. Subsequently, since 1963, I have been a psychiatrist and have come into contact with many of Dr Cameron's colleagues, both admirers and critics, and have formed opinions about the place of his work in the development of psychiatry. I was a staff psychiatrist at the Allan Memorial Institute from 1965 through 1970 and, subsequently, have held senior clinical and academic positions in this discipline: Psychiatrist-in-Chief, Ottawa Civic Hospital and professorial staff, University of Ottawa (1971-74); Director and Psychiatrist-in-Chief, Clarke Institute of Psychiatry and Professor and Chairman, Department of Psychiatry, University of Toronto (1974-80). I am a member of the Canadian and American Psychiatric Associations, a Fellow of the American College of Psychiatrists and a member of a number of other psychiatric and psychoanalytic societies. Through these activities I have an informed, albeit personal, perspective on Dr. Cameron's work during the period in question.

However, I must point out that I have not had an opportunity to examine any of Dr. Cameron's applications for research funds or research protocols, and I have not seen any of his former patients nor reviewed their files since leaving the Allan Memorial Institute.

Cont'd.../3

I did not know Dr. Cameron socially, my contact being restricted to the professional relationship I had as a resident on his service for three months in 1961, during which time I saw him virtually daily, and occasionally thereafter when, as the duty resident, I might be called over from the Royal Victoria Hospital to assist in the medical aspects of the care of one of his patients.

D. Ewen Cameron's treatments

> "Nothing that has thus far transpired is likely to be more serious than for humanity to learn how to control the development of personality and how to master the forces of group dynamics before we have developed a value system capable of dealing with such a situation...As psychiatrists, we are physicians having an immemorial responsibility for the well being of our patients...Our knowledge of human nature, our techniques for the exploration of motive and memory, if torn from their framework of professional integrity and proper concern for the individual and for the community may, their use perverted, become the most deadly weapons yet directed against the dignity and serenity of human life"
>
> D.E. Cameron,
> May, 1953

It is ironic that these words, part of his address as outgoing president of the American Psychiatric Association, were spoken by the man who is now villified in some newspapers and magazines and on television as an unscrupulous scientist, an agent or dupe of the CIA, who conducted "sordid" experiments on behalf of this agency using unwitting Canadian psychiatric patients as human guinea pigs.

Cont'd.../4

There can be no doubt that, in retrospect, Cameron's more extreme experimental treatments were misguided and ineffective, certainly in the long run. Controversial even at the time, they may have produced short term benefits for some patients but it is also quite possible that they resulted in emotional and, perhaps, organic damage to many others. I do not believe that any of these treatments has survived anywhere in the world. The treatments in question are primarily the following:

1. "Depatterning", a complex series of procedures designed to eradicate faulty patterns of thought and behaviour by producing a more primitive mode of functioning by the brain and mind of intractably ill psychiatric patients so that they could subsequently be "repatterned", or reprogramed, to a healthier more adaptive mode. Depatterning involved the use of multiple electroshocks repeated frequently and for a considerable length of time, usually following a period of prolonged, drug induced sleep.

2. Powerful psychoactive disinhibiting drugs, including the injection of shortacting barbiturates mixed with amphetamines or hallucinogenic drugs (eg LSD, psilocybin) to attempt short cuts to psychodynamic understanding that would guide the content of "psychic driving" and advice re life changes for the patient.

3. "Psychic Driving", recorded messages with specifically tailored content played to the patient many thousand times by a variety of electronic means for the purpose of changing the patient's thought patterns and attitudes.

4. Prolongued sensory deprivation, in which an attempt was made to restrict as much as possible all external neurosensory input so as to assist in the breaking of undesirable thoughts and behaviours.

Cont'd.../5

None of these procedures was actually discovered by Dr. Cameron but their combination, and especially depatterning and psychic driving, were more extensively developed and used at the AMI than anywhere else in the world. Dr. Cameron and some of his colleagues reported widely on their use in presentations to the public and to scientific audiences and in extensive writings.

Were these responsible treatments or not?

It is not useful, in my view, to evaluate the use of procedures in the late 1940's, the 1950's and the early 1960's by the application of today's standards. Certainly, none of these treatments could be used today in a major teaching hospital and they would not be supported by a responsible granting agency. The faulty theoretical basis for their use, the adverse risk-to-benefit ratio, the poor evaluation methodology and the absence of provision for informed consent are among the factors that would militate against their use.

The pertinent question is "were these procedures responsible from a scientific and medical point of view in the context of the times?" This is not easy to answer. There was no shortage of contemporary critics of the work. Despite Dr. Cameron's immense personal prestige - he was generally regarded as the most important psychiatrist in Canada - he was not successful in having these treatments widely adopted, in a profession that was rather prone to the premature adoption of promising treatments. There were many skeptics, even in his department at McGill. Many psychiatrists in Canada and abroad considered the treatment methods extreme, overly risky and/or without proper theoretical foundation. Nevertheless, it is clear that Dr. Cameron continued to be honoured throughout the English speaking world; he was asked to deliver the prestigious Maudsley Lecture in London.

Cont'd.../6

He was elected President of the Canadian, American and World Psychiatric Associations. He attracted a large number of postgraduate students and visiting scholars from around the world, sent to him because of the respect in which he and his training program were held. Therefore, despite the controversial nature of his treatment techniques, which were widely reported to both the professional and the general public, Dr. Cameron continued to receive acclaim as a leader in Canadian and world psychiatry. Clearly, this could not have happened if his peers considered his work irresponsible.

It must be remembered also that the treatments were carried out openly in one of Canada's leading teaching hospitals with the full knowledge of his psychiatric, psychological and other medical colleagues. In addition to receiving funding from the Society for the Investigation of Human Ecology, now known to have been a conduit for CIA funds, his work was supported by responsible national granting agencies. It should also be stressed that the Society in question was associated with Cornell University which was and remains a first-rate American institution of higher learning.

When Dr. Cameron's papers are compared with other reports of therapeutic trials in the contemporary psychiatric literature, it is apparent that his work was no less rigorous than that of most of his peers. By comparison with the standards expected of therapeutic trials today, the papers tend to be more descriptive and less analytical, the selection of subjects was not always rigorous or well described, the indications for the treatments were not clearly set out, standardized diagnostic procedures were less developed, outcome criteria were not well specified, statistical analysis was much less sophisticated and follow-up information about the long term effects was either absent or inadequate. However, by the standards of the time, Dr. Cameron's work was certainly acceptable.

Cont'd.../7

Experiment vs. treatment

Over the past several decades policies have evolved for protecting the public against the premature application of new drugs and other therapeutic procedures. In hospitals, and particularly in university teaching hospitals, there are now guidelines and often strict regulations that govern the introduction of new treatments. The institutions (hospital and university) and professional peers share responsibility with the attending physician for the use of controversial treatments in particular patients. A recognizable line is drawn between the application of the range of standard treatments and the conduct of experimental trials which require specific protocols and careful evaluation. During the 1950's and early 1960's the line was much less clear. When faced with a sick patient, and especially one who had failed to respond to standard treatment, it was much more common for physicians, on their own authority, to use less well established treatments if they thought they were likely to be of help. A high proportion of patients were referred to Dr. Cameron by other physicians, including other psychiatrists, because their illnesses had not responded to conventioal treatment administered elsewhere. Many of them, both psychotic and severely psychoneurotic patients, were severely disabled, suffering considerably and at risk for suicide. At a time when other drastic therapeutic measures, now discarded, were still part of conventional therapy (e.g. insulin coma treatment, leucotomy and lobotomy), Dr. Cameron's methods were not regarded as being so extreme as they appear in retrospect thirty years later.

Therefore, although with hindsight one would now regard Dr. Cameron's treatments as experimental and requiring restricted use and the most rigorous scientific evaluation before general application, at the time they were regarded as rather heroic, if extreme, attempts to help patients who were suffering and were not receiving benefits from conventional treatments. It is my own personal view that a major motivation for Dr. Cameron (in addition to the advancement of his own career) was his wish to help his patients.

Cont'd.../8

Medical Ethics, 1950's vs 1980's

Fundamental ethical principles governing the practice of medicine have not changed during the past thirty years, having been established over the centuries since the teachings of Hippocrates, Maimonides and many others. The physician in Cameron's time, as now, was ethically bound to place the welfare of his patients above all considerations including personal advantage, research objectives and the purposes of agencies supporting the research. Further, the doctrine of primum non nocere (above all do no harm to the patient) was taught to medical students then as it is now. It may indeed be argued that Dr. Cameron's treatments transgressed both of these well accepted ethical precepts.

The problem lies in the complexity of the issues and how one assesses the relevant factors. Dr. Cameron may well have been personally persuaded that his innovative though dangerous work, which brought him considerable acclaim at the time and notoriety later, was in the best interests of his patients. That is, his assessment of the benefit-risk equation may well have been that the application of unproven and risky treatments was justified because conventional therapy had little to offer in these cases. This is a stance often taken today with patients whose lives are in jeopardy or who are suffering intractable pain; they are offered such treatments as heart or liver transplants, highly toxic anti-cancer medication, surgical interruption of pain tracts in the spinal cord, and so on. Whether, in fact, Dr. Cameron genuinely believed that he was acting in the best interests of his patients is now very hard to determine. Opinions differ on this point, though most of those who came into personal contact with him believe that he did, and I share this view.

Cont'd.../9

Nevertheless, it is a valid criticism of this position that, as he became more and more convinced that his methods constituted valuable therapeutic innovations, his criteria for the selection of patients for these controversial treatments seemed to broaden. By the time I became personally involved wit his patients (1961) it was my own view that many of the schizophrenic patients who were "depatterned" had not had adequate trials of appropriate phenothiazine medications that were then available and many of the psychoneurotic patients who received hallucinogenic drugs and psychic driving could have been helped by conventional psychotherapy. Of course, at the time I was very junior in status and quite inexperienced in psychiatry; nevertheless, even in hindsight after more than twenty years of practicing and teaching psychiatry I still hold this view.

The major change that has occurred since the 1950s with respect to medical ethics has been the operational formalization of their application in hospitals and in research involving human subjects. University and hospital ethics committees are now broadly representative, usually including not only physicians and other health professionals but also lawyers, members of the clergy and members of the general community. These committees now need to be persuaded that risky, unproven treatments are more likely to help them to hurt the patients, and that all possible less dangerous alternatives have been tried first. Ethics committees today will not approve research involving human subjects that is not scientifically valid, that is not likely to benefit the subjects directly or mankind generally. This was quite different in the 1950s when much less care was taken to ensure that therapeutic innovations and research involving humans met these criteria. Much more was left to the judgement of the attending physician.

Cont'd.../10

A related change has been the requirement for informed consent on the part of patients/subjects or, if they are incapable of giving this consent, on the part of appropriate next of kin or guardians. Hospital regulations governing both treatment and research now call for, first, explicit and detailed communication to patients or families of the procedures to be carried out, the rationale for their use, the potential risks and the alternatives available and, then, their informed written consent. Indeed, many research granting agencies require proof of this and many scientific journals call for explicit confirmation of informed consent before considering applications for research support or publication of manuscripts.

During the 1950s procedures were much less stringent. The patient's general consent to treatment, given on admission to hospital, was often considered adequate to permit a wide range of therapeutic procedures. Consent to participate in research, including therapeutic trials, was also not nearly so rigorous as it is today. It is not surprising, therefore, that many persons treated by Dr. Cameron now claim that they were not fully informed about the treatments they received. The therpeutic climate of the time was still characterized by the assumption by patients of a benign paternalism on the part of the attending physician. This assumption would be all the greater when the physician was someone of Dr. Cameron's high reputation and impressive bearing.

What responsibility did granting agencies have?

This is a difficult question for me to address with specific reference to Dr. Cameron's work. As I pointed out above, I have not seen any of his research applications or protocols and I am not privy to correspondence with granting agencies or to their files. Therefore I cannot do more than make some general comments on this point.

Cont'd.../11

Granting agencies then and now have relied on three types of safeguards to ensure that scientific, medical and ethical standards are high: the adequacy of their review procedures, the dedication and skill of expert peer reviewers, and the integrity of the applicants for research support. Granting agencies must ensure that they require appropriate information about the research proposed (including the rationale, the research methods, and the methods of data analysis); that the proposal is reviewed by experts in the field from the points of view of relevance, importance and scientific validity; and that grantees have the appropriate professional and scientific qualifications and reputation. The only difference today is that these criteria are better operationalized and that informed consent of subjects is now specifically required.

Of course, granting agencies that rely on fallible people to establish procedures and conduct peer review of the proposals received make mistakes. They sometimes support research that is scientifically unworthy, or of low relevance to society or ethically flawed. Furthermore, once the agencies grant financial support they must rely on the grantee to conduct the research as it was proposed and approved and according to high scientific and ethical standards.

Obviously once a granting agency becomes aware that the research is seriously deficient in any of these areas it will not likely fund further applications. Grantees who receive renewals of research support are considered by the agencies as scientifically and ethically worthy.

A further safeguard is in the subsequent publication of the work. The major medical and scientific journals all have careful peer review procedures for selecting manuscripts for publication. Granting agencies usually will not renew grants or award new ones to investigators who are not able to get their work published in peer-reviewed journals. That is, a second group of peers, often in another country, review the work for scientific merit, relevance and ethical standards.

Cont'd.../12

The fact that two groups of experts, the granting agency's professional advisory or review team and the journal's peer reviewers, continued to approve Dr. Cameron's applications and manuscripts indicates that his professional peers were satisfied that the scientific, medical and ethical standards of the day were met.

Summary

In summary, it is my opinion that:

1. Dr. Cameron's controversial treatments (depatterning, psychic driving, prolonged sleep therapy, prolonged sensory deprivation and use of hallucinogenic drugs) were ineffective and, in retrospect, inadvisable.

2. They were, however, medically acceptable in the context of the times.

3. They were also, in that context, generally regarded as extreme attempts to help patients who were not benefitting from more conventional treatments; that is, they were not generally considered irresponsible.

4. Whether Dr. Cameron's treatments transgressed medical ethical standards is arguable. He probably was personally persuaded that his treatments were in the best interests of the patients in that the possible benefits and lack of effective alternative treatments outweighed the risks. This is clearly a matter of debate.

5. The lack of insufficiently informed consent for the procedures on the part of some of Dr. Cameron's patients was not unusual in the context of the practices of the times.

Cont'd.../13

6. Research granting agencies, then as now, depend heavily on the judgement of peers and the integrity of the grantee for the maintenance of high scientific, medical and ethical standards. In addition to the controversial support by the Society for the Investigation of Human Ecology, responsible national granting agencies evaluated Dr. Cameron's proposals and responsible psychiatric journals published his manuscripts after they were subjected to peer review.

   Dr. Cameron's professional peers were well aware of the treatments he carried out and yet they bestowed upon him acclaim as well as criticism, honours and high professional offices.

I hope that my opinions will be useful in the preparation of your report to the Honourable John Crosbie, Minister of Justice of Canada.

Yours sincerely,

Fred Lowy

Frederick H. Lowy, M.D.
Dean

FHL/ses

CURRICULUM VITAE

Frederick H. Lowy

Personal

Born: January 1, 1933, Grosspetersdorf, Austria
Canadian Citizenship: December 2, 1950
Married: Wife - Mary Kay O'Neil-Lowy, PhD; 4 children
Address: 338 Inglewood Drive
Toronto Ontario M4T 1J6
Telephone: 482-4063 (home)
978-6584 (office)

Present Positions

1980- Dean, Faculty of Medicine, University of Toronto
1974- Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto
1985- Vice-President, Association of Canadian Medical Colleges
1985- Chairman, Council of Ontario Faculties of Medicine

Other Appointments

1973- Consultant, Ontario Cancer Institute
1975- Consultant, Addiction Research Foundation
1975- Consultant, Mount Sinai Hospital
1975- Consultant, North York General Hospital
1975- Consultant, Princess Margaret Hospital
1975- Consultant, Sunnybrook Medical Centre
1975- Consultant, St. Michael's Hospital
1975- Consultant, Toronto General Hospital
1975- Consultant, Toronto Western Hospital
1975- Consultant, Women's College Hospital
1975- Consultant, Wellesley Hospital
1980- Consultant, Clarke Institute of Psychiatry
1981- Member, Board of Trustees, Sunnybrook Medical Centre
1981- Member, Board of Trustees, Ontario Cancer Institute
1984- Member, Board of Trustees, Mount Sinai Hospital
1984- Member, Board of Trustees, Toronto General Hospital
1984- Member, Board of Trustees, Toronto Western Hospital
1984- Member, Board of Trustees, Eye Research Institute of Ontario

Education

1. Elementary schools in Lisbon, Philadelphia, Montreal.
2. Baron Byng High School, Montreal, 1946-50
3. Machon Lemadrichei Chutz Laaretz (Institute for Youth Leaders from Abroad), Jerusalem, Israel, 1952-53
4. McGill University, Faculty of Arts 1950-52, 1953-55
5. McGill University, Faculty of Medicine, 1955-59

Academic and Professional Qualifications

1955 B.A. (Psychology), McGill University, Montreal
1959 M.D., C.M., McGill University
1959 Licensee, Medical Council of Canada
1960 Licensee, National Board of Medical Examiners, USA
1965 Certificant in Psychiatry, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada - CRCP (C)
1967 Diplomate, American Board of Psychiatry and Neurology
1970 Graduate, Canadian Institute of Psychoanalysis
1971 Fellow, Royal College of Physicians and Surgeons - FRCP (C)

Professional Post Graduate Education

1959-60 Rotating internship, Royal Victoria Hospital, Montreal
1960-61 Junior Assistant Resident in Medicine, Royal Victoria Hospital, Montreal
1962-64 Resident in Psychiatry, University of Cincinnati College of Medicine and related hospitals, Cincinnati, Ohio
1964-65 Chief Resident in Psychiatry, Cincinnati General Hospital and Veteran's Administration Hospital, Cincinnati, Ohio
1966-70 Training in Psychoanalysis, Canadian Institute of Psychoanalysis, Montreal

Previous Appointments - University

1965-66 Demonstrator, Department of Psychiatry, McGill University
1966-68 Lecturer, Department of Psychiatry, McGill University
1968-70 Assistant Professor of Psychiatry, McGill University
1971-72 Associate Professor of Psychiatry, University of Ottawa
1973-74 Professor, Department of Psychiatry, University of Ottawa
1974-80 Professor and Chairman, Department of Psychiatry, University of Toronto

Previous Appointments - Hospital

1965-67 Clinical Assistant in Psychiatry, Royal Victoria Hospital, Allan Memorial Institute, Montreal
1967-69 Assistant Psychiatrist, Royal Victoria Hospital, Montreal
1969-70 Associate Psychiatrist, Royal Victoria Hospital, Montreal
1971-74 Psychiatrist-in-Chief, Ottawa Civic Hospital
1971-80 Director and Psychiatrist-in-Chief, Clarke Institute of Psychiatry, Toronto

Professional Editorial Posts

1971-72 Associate Editor - Canadian Psychiatric Association Journal
1973-76 Editor - Canadian Psychiatric Association Journal (now Canadian Journal of Psychiatry)
1974-76 Editorial Board - Canada's Mental Health
1976- Editor Emeritus, Canadian Journal of Psychiatry
1977- Editorial Board, Montage
1978- Corresponding Editor - The International Journal of Psychiatry in Medicine
1978- Editorial Board - Psychiatry, Medicine and Primary Care
1983- Editorial Board - Social Psychiatry

Research Positions

Director, Sleep and Dream Laboratory, Allan Memorial Institute, Montreal. from its organization in May 1967, until December 1970.
Head, Psychotherapy Research Section - Clarke Institute of Psychiatry, from its organziation in 1978 to 1980.

Major Organizational and Administrative Appointments

Premedical

President, Student's Council, Baron Byng High School, Montreal 1949
Managing Editor (1953) and Editor (1954) McGill Daily
Student's Executive Council, McGill University (1953-54 and 1958-59)

Medical (Undergraduate)

Editor, CAMSI Journal (Canadian Association of Medical Students and Interns) 1958-59
President, McGill Medical Class of '59'.

Medical (Post graduation)

Member, Development Committee, Royal Victoria Hospital, Montreal, 1968-70.
Secretary, Consortium of Faculty, Department of Psychiatry, McGill University 1969-70.
Program Chairman, 7th Annual Convention, Quebec Psychiatric Association 1971
Member, Medical Advisory Committee, Ottawa Civic Hospital, 1971-74.
Secretary, Medical Advisory Committee, Ottawa Civic Hospital, 1973-74.
Member, Executive Committee, Ottawa Civic Hospital, 1973-74.
Chairman, Credentials Committee, Ottawa Civic Hospital, 1973-74.
Member, Task Force on Demonstration Model Grants, Health Research Committee, Ontario Council of Health, 1972-74
Member, Advisory Board, Ontario Mental Health Foundation, 1972-78
Member, Search Committee for Chairman of Psychiatry, University of Ottawa, 1973
Member, Examining Board (Psychiatry), Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 1972-77. (Chairman - 1975-77)
Member, Executive Committee and Dean's Senior Advisory Committee, Faculty of Medicine, University of Toronto (1976-78)
Member, Program Committee, American Psychiatric Association (1976-80)
Nucleus Member, Speciality Committee, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (1977-81)
Reviewer, Department of Psychiatry, University of British Columbia, 1979
Reviewer, (for Royal College), University of Montreal, 1980
Reviewer, Department of Psychiatry, McMaster University, 1983
Reviewer, Department of Psychiatry, Queen's University, 1984
Consultant, Sultan Qaboos University, Sultanate of Oman, 1984
Member, Council of Ontario Faculties of Medicine (1980-)
Vice-Chairman, Council of Ontario Faculties of Medicine (1983-)
Member, Senior Advisory Group, University of Toronto (1982-)
Member, Executive, Association of Canadian Medical Colleges (1982-)
Member, Board of Regents, American College of Psychoanalysts (1983-85)

Societies

Alpha Omega Alpha
Canadian Medical Association
Canadian Psychiatric Association
Ontario Psychiatric Association
Canadian Psychoanalytic Society
International Psycho-Analytical Association
American Psychiatric Association (Fellow)
American College of Psychiatrists (Fellow)
American College of Psychoanalysts (Fellow)
American Psychosomatic Society
Association for Psychophysiological Study of Sleep and Dreams
American Association for the Advancement of Science
International College of Psycosomatic Medicine (Fellow)
Academy of Medicine, Toronto
Society for Psychotherapy Research

Honours

Dr. F.R. Eccles Memorial Lecturer, University of Western Ontario February 1975
Fellow, American Psychiatric Association, 1975
Fellow, American College of Psychiatry, 1979
Fellow, American College of Psychoanalysts, 1979
Fellow, International College of Psychosomatic Medicine, 1979
Member, Benjamin Rush Society (USA), 1981
Award of Merit, McGill Society of Toronto, 1984

Major Presentations at Scientific Meetings and Invited Lectures

1964: - (with H.W. Wylie, Jr. and P. Lazaroff): The Death of a Patient in a Psychotherapy Group. Annual meeting, American Group Psychotherapy Association, New York, January 1964.

1967: - (with Z.J. Lipowski): The Aims and Techniques of Psychiatric Consultation in Medicine. Annual meeting, Canadian Psychiatric Association, Quebec, June 15, 1967.

1968: - (with R.M. Wintrob and B.K. Dhindsa): Man and his Anxiety. Annual meeting, Quebec Psychiatric Association, Montreal, May 3, 1968.

1969: - (with R.A.H. Kinch, B.K. Lewis, R.N. MacDonald and C.R. Scriver): The Teaching of Behaviour, Growth and Development in the Preclinical Years of Medicine. Annual meeting, Quebec Psychiatric Association, Quebec, May 22, 1969

1969: - (with R.M. Wintrob, B. Borwick, G. Garmaise and H.O. King): A Follow-up study of Emergency Psychiatric Patients and Their Families: Methodological Problems. Annual meeting, Canadian Psychiatric Association, Toronto, June 11, 1969.

1970: - (with T.K. Kolivakis): Autocastration by a Male Transsexual: Case Report and Some Notes on the Management of Transsexualism. Annual meeting, Canadian Psychiatric Association, Winnipeg June 19, 1970.

1970: - Is Abreaction Always Desirable? The Misuse of an Early Psychoanalystic Concept. Group without a Name Psychiatric Research Society, Montreal, October 16, 1970.

- Tetrahydrocannabinol and Sleep. Joint meeting, Montreal Physiological Society and Medicinal Chemists Division of Chemical Institute of Canada, Pointe Claire, Ottawa, January 23, 1971

- (with R. Broughton and J. St. Laurent): Significance for Psychiatrists of Current Sleep and Dream Research. Annual meeting, Quebec Psychiatric Association, Sherbrooke, Quebec April 22, 1971

- (with B. Humphrey, P. Beck, D.J. Lewis, A. Schwartzman and L. Stephens): Response to a Medicare Strike in a Psychiatric Hospital. Annual meeting, Canadian Psychiatric Association, Halifax, June 12, 1971.

1972: - Patients who Somatize, Annual meeting, Ontario Psychiatric Association, Toronto, January 29, 1972

- Psychoanalytic Dream Theory in the Light of Recent Dream Research, Ottawa Psychoanalytic Group, March 27, 1972

- Research on Dreams - Some Current Issues. Ottawa Academy of Medicine, Section on Psychiatry, April 4, 1972

- The Psychology of Sleep - Some Current Issues. First Canadian International Symposium on Sleep. McGill University, Montreal, April 14, 1972.

- The Psychiatrist-Physician Relationship in General Hospitals: Present and Future. Annual meeting, Ontario Medical Association. Toronto, May 11, 1972.

- Clinical Dream Interpretation in the Light of Modern Sleep Research. Ontario Psychiatric Association, Huntsville, September 30, 1972.

1973: - (with R. Melzack, R. Nelson and E. Peterson): Current Concepts of Pain Mechanisms. Ottawa Neurosciences Society, November 15, 1973

1974: - The Chronic Somatizer - Treatment Strategies. Maurice Levine Society, University of Cincinnati, Cincinnati, Ohio, October 12, 1974

1975: - Strategies in the Management of Chronic Pain. The Dr. F. R. Eccles Memorial Lecture, University of Western Ontario, London, February 5, 1975

- Psychiatric Aspects of Pain. Invited Lecture University of Connecticut Health Centre, Department of Psychiatry, April 16, 1975

1976: - The Impact of Community Psychiatry on Psychiatric Teaching. Association of Psychiatric Outpatient Centers of America, Montreal, June 4, 1976

1977: - Issues in the Treatability of the Neuroses. Invited address, Ontario Psychological Association, February 11, 1977

1978: - (with E.F Guirguis, H.B. Durost, J.T.D. Glaister, J.J. Jeffries and G. Warme): The Use of Mechanical Restraints: Current Status. Ontario Psychiatric Association, January 26, 1978

- A Reconsideration of Agoraphobia. Canadian Psychoanalytic Society, Toronto, March 28, 1978

- Seldom Discussed Issues in Psychotherapy. Annual Meeting Canadian Psychiatric Association, Halifax, October 18, 1978

1979: - Some Remarks on Epidemic Hysteria. Invited Lecture, Cincinnati Psychiatric Society, Cincinnati, Ohio, May 2, 1979

- (with S. Greben, R. Smith, P. Steinhauer and G. Voineskos): The Psychiatric Training of Medical Students: Current Issues and Future Directions. Annual Meeting, Canadian Psychiatric Association, September 26, 1979

1980: - Psychotherapy for the 1980's. Invited Address to the Annual Meeting, Association of Psychiatric Outpatient Centers of America, June 1980

1981: - (with S. Hosenbocus, P. Leichner, H. Prosen and H. Kravits): The Oral Certification Examination in Psychiatry. Annual Meeting, Canadian Psychiatric Association, Winnipeg. September 23, 1981

- (with F.G. Sommers, J.D. Griffin, and R.O. Jones): Medical and Psychological Effects of Nuclear War and the Nuclear Arms Race. Annual Meeting, Canadian Psychiatric Association, Winnipeg, September 24, 1981

- (with J.M. Cleghorn and V.M. Rakoff): The Role of Psychoanalysis in Contemporary Psychiatric Training. Annual Meeting, Canadian Psychiatric Association, Winnipeg, September 25, 1981

1982: - The Use and Abuse of Drugs in the Treatment of Anxiety. Saudi Arabian Annual Medical Meeting, King Faisal University, Dammam, Saudi Arabia.

- (with J.M. Cleghorn): Psychodynamics in the Training of Psychiatric Residents. Annual Meeting, American College of Psychoanalysts, May 15, 1982

- Psychotherapy: A Personal View. Academy of Medicine, Toronto, December 9, 1982

1983: - Psychotherapy and the Education of Psychiatrists. Invited Lecture, Montreal General Hospital and McGill University Department of Psychiatry. Montreal, April 15, 1983

- The Mission of the Physician: The Relationship of Science to Human Values. The Edward Brooks Memorial Lecture, St. Michael's Hospital, Toronto, June 23, 1983

- The Status of Psychotherapy Today. Invited Lecture, Department of Psychiatry, University of Manitoba, Winnipeg, October 4, 1983

1984: The Impaired Physician: The Role of the Medical School. Annual Meeting, The Royal College of Physicians & Surgeons, Montreal, September 12, 1984

External Teaching and Lecturing since coming to Toronto

1974	University of Ottawa University of Cincinnati
1975	University of Western Ontario University of Connecticut Dalhousie University McGill University
1976	McGill University St. Vincent's Hospital National University of Ireland, Dublin Memorial University of Newfoundland
1977	University of British Columbia
1978	University of Ottawa
1979	University of Cincinnati
1980	McMaster University
1982	King Faisal University, Dammam, Saudi Arabia
1983	McGill University University of Manitoba Beijing Hospital, Beijing China Sichuan Medical College, Chengdu China
1984	McGill University

Publications

A. In Books

1972: Lowy, F.H. : The Psychology of Sleep - Some Current Issues. In McClure, D.J. (Ed) First Canadian International Symposium on Sleep: Proceedings April, 1972. Roche Scientific Service, Hoffman - LaRoche, Vaudreuil, Quebec, 1972

1976: Lowy, F.H.: Delirium: Method of Treatment. In Current Therapy 837-839, Ed by H.G. Conn, Philadelpha: W.B. Saunders & Co. 1976

1977: Lowy, F.H.: Management of a Persistent Somatizer. Psychosomatic Medicine Z.J. Lipowski, D.R. Lipsitt, P.C. Whybrow (Eds) New York: Oxford University Press, 1977

1978: Lowy, F.H.: The Impact of Community Psychiatry on Psychiatric Teaching. In J.M. Divic and M. Dinoff (eds) Community Psychiatry - Review and Preview University of Alabama Press

1978: Lowy, F.H.: Case Discussion, in H. Davanloo (Ed) Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy Jamaica, N.Y. : Spectrum Publications, 1978

1979: Lowy, F.H.: The Pendulum Swings from Society to the Individual, in D.N. Weisstub (Ed) Law and Psychiatry II, New York: Pergamon, 1979

1979: Lowy, F.H.: Full Cycle in Child Mental Health. In S.J. Shamsie (ed) New Directions in Children's Mental Health Jamaica N.Y.: Spectrum Publications, 1979

1980: Lowy, F.H.: The Use of Drugs and Other Treatments in Depression in F.J. Ayd (Ed) Clinical Depressions: Diagnostic and Therapeutic Challenges, 1980

1980: Greben, S.E., Pos, R., Rakoff, V., Bonkalo, A., Lowy, F.H., and Voineskos, G. (Eds) A Method of Psychiatry Philadelphia: Lea & Febiger, 1980 375 pages.

1980: Voineskos, G. and Lowy, F.H.: Psychiatric Emergencies. In S.E. Greben et al. A Method of Psychiatry pp 267-274

1980: Voineskos G. and Lowy, F.H.: Suicide and Attempted Suicide. In S.E. Greben et al. A Method of Psychiatry pp 275-280

1980: Lowy, F.H.: Psychiatric Treatment: General. In S.E. Greben et al. A Method of Psychiatry pp 281-288

1980: Lowy, F.H. and Pos, R.: Psychotherapy and Behavior Therapy, In S.E. Greben et al. A Method of Psychiatry, pp 289-296

1980: Lowy, F.H.: Referral to the Psychiatrist. In S.E. Greben et al. A Method of Psychiatry, pp 339-344

1984: Lowy, F.H.: Treatment of the Anxiety Disorders, Somatoform Disorders, Dissociative Disorders and Personality Disorders. In Endler, N.S. and Hunt H. McV. Personality and Behaviour Disorders, 2nd Edition New York: John Wiley & Sons, 1984

1984: Lowy, F.H.: Anorexia Nervosa: a paradigm for mind-body interdependence? In Darby, P.L., Garfinkel, P.E., Garner, D.M., and Coscina, D.V. (Eds) Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research, New York: Allan R. Liss 1984.

1985: Voineskos, G. and Lowy, F.H. : Psychiatric Emergencies in Greben, S.E., Rakoff, V.M. and Voineskos, G. A Method of Psychiatry, 2nd Edition, Philadelphia: Lea & Febiger, 1985

1985: Voineskos, G. and Lowy, F.H. Suicide and Attempted Suicide, in Greben, S.E., Rakoff, V.M. and Voineskos, G. A Method of Psychiatry, 2nd Edition, Philadelphia: Lea & Febiger, 1985.

1985: Lowy, F.H. : Referral to the Psychiatrist. In Greben, S.E., Rakoff, V.M. and Voineskos,G. A Method of Psychiatry, 2nd Edition, Philadelphia: Lea & Febiger, 1985.

B. In Refereed Journals

1957: Lambert, W.E. and Lowy, F.H.: Effects of the Presence and Discussion of Others on Expressed Attitudes. Canadian Psychol. II: 151-163, 1957

1964: Wylie, H.W. Jr., Lazoroff, P. and Lowy, F.H.: A Dying Patient in a Psychotherapy Group. Internat. J. Group Psychother. 14: 482-490, 1964

1965: Lowy, F.H.: The Neuropsychiatric Complications of Viral Hepatitis, Canad. Med. Assoc J. 92: 237-239, 1965.

1969: Lowy, F.H., Wintrob, R.M. and Dhindsa, B.K.: Psychiatric Emergencies at Expo '67, Canada. Psychiat. Assoc. J. 14: 47-52, 1969

1969: Lowy, F.H., Wintrob, R.M. and Dhindsa, B.K.: Man and his Anxiety. Laval Medical 40: 966-970, 1969

1970: Lowy, F.H., Recent Sleep and Dream Research: Clinical Implications Canadian Medical Assoc. J. 102: 1069-1077, 1970

1970: Lowy, F.H.: Sleep Research and Scientific Change. Canadian Med. Assoc. J. 102: 1105-1106, 1970 (unsigned editorial)

1970: Kinch, R.A.H., Lewis, D.J., Lowy, F.H., MacDonald, R.N. and Scriver, M.D.: The Teaching of Behaviour, Growth and Development in the Preclinical Years of Medicine. Laval Medical 41: 495-499, 1970. Also published in Milbank Memorial Fund Quarterly 49: 228-243 (April) 1970

1970: Lowy, F.H.: The Abuse of Abreaction: An Unhappy Legacy of Freud's Cathartic Method. Canad. Psychiat. Assoc J. 15: 557-567, 1970

1970: Lewis, D.J. and Lowy, F.H.: The Well-Tempered Psychiatrist: Robert Allan Cleghorn, M.D. Canad. Psychiat. Assoc. J. 15: 513-514, 1970

1971: Lowy, F.H., Wintrob, R.M., Borwick, B., Garmaise, G. and King, H.O.: A Follow-up Study of Emergency Psychiatric Patients and their Families: Methodological Problems. Comprehensive Psychiat. 12: 36-47, 1971

1971: Lowy, F.H.: Lessons from Emergencies: Canad. Psychiat. Assoc. J. 16: 103-104, 1971

1971: Lowy, F.H., Cleghorn, J.M. and McClure, D.J.: Sleep Patterns in Depression. J. Nerv. Ment. Dis. 153: 10-26, 1971

1971: Lowy, F.H.: New Directions in Dream Psychology Research Canad. Psychiat. Assoc. J. 16: 399-406, 1971

1971: Lowy, F.H. and Kolivakis, T.K.: Autocastration by a Male Transsexual. Canadian Psychiat. Assoc. J. 16: 399-406, 1971

1971: Cleghorn, R.A., Cleghorn, J.M. and Lowy F.H.: Contributions of Behavioural Sciences to Health Care. Milbank Memorial Fund Quart. 49: 158-174, 1971

1973: Lowy, F.H., Engelsmann, F. and Lipowski, Z.J.: Study of Cognitive Functioning in a Medical Population. Comprehensive Psychiatry, 14: 331-337, 1973

1973: Lowy, F.H.: Psychiatric Research. Canad. Psychiat. Assoc. J. 18: 91-92, 1973

1974: Lowy, F.H.: Renaissance of Psychiatric Diagnosis. Canad. Psychiat. Assoc. J. 19: 233-254, 1974

1975: Lowy, F.H.: Editorial: Clarence B. Farrar, 1874-1970, and the History of Psychiatry in Canada. Canad. Psychiat. Assoc. J. 20: 1-2, 1975

1975: Lowy, F.H.: Management of the Persistent Somatizer. International Journal of Psychiatry in Medicine 6: 227-239, 1975

1976: Lowy, F.H.: The State of the Specialty. Canad. Psychiat. Assoc. J. 21: 504-505, 1976

1979: Lowy, F.H. and Jones R.O.: The Canadian Certification Examination in Psychiatry I - Historical Notes. Canad. J. Psychiatry 24: (4), 1979

1979: Lowy, F.H. and Dongier, M.: The Canadian Certification Examination in Psychiatry II - Who Passes and Who Fails. Canad. J. Psychiatry 24: (4) 1979

1979: Lowy, F.H. and Prosen, H.: The Canadian Certification in Psychiatry III - Towards Better Certification Techniques Canad. J. Psychiatry 24: (4) 1979

1980: Lowy, F.H. and Thornton, J.: To be or not to be a psychiatric chief resident: Factors in Selection. Canad. J. Psychiatry 25: 121-126, 1980

1981: Ban, T.A., Brown, W.T., Da Silva, T., Gagnon, M., Lamond, C.T., Lehmann, H.E., Lowy, F.H., Ruedy, J., Sellers, E.M.: Canad. Med. Assoc. J. 124: 1439-1446, 1981

1981: Lippmann, D.H., Lowy, F.H., and Rickhi, B.: Attitudes of Ontario Psychiatrists towards health insurance. Canad. Med. Assoc. J. 125: 167-170, 1980

1981: Voineskos, G., Greben, S.E., Lowy, F.H., Smith, F.L., and Steinhauer, P.D.: The psychiatric training of medical students. Canad. J. Psychiatry 26: 301-308, 1981

1984: Roncari, D.A.K., Salter, R.B., Till, J.R., and Lowy, F.H.: Is the clinician-scientist really vanishing? Encouraging results from a Canadian institute of medical science, Canad. Med. Assoc. J. 130: 977-979, 1984

C. In Other Journals and Periodicals

1972: Lowy, F.H.: The Psychiatrist-Physician Relationship in General Hospitals: Present and Future. Ontario Medical Review, 727-732, December 1972

1975: Berg, J.M., Lowy, F.H.: XYY Syndrome: A comment. Modern Medicine of Canada. 30: 8, 692-693, August, 1975

1979: Editorial Board - A Resident's Guide to Psychiatric Education M.G.G. Thompson (Ed) New York: Plenum Publishing, 1979

1979: Lowy, F.H.: The Neurosciences at the Clarke Institute of Psychiatry. Trends in Neuroscience. 2: X-XI, October, 1979

1981: Lowy, F.H.: The Future Physician: Labyrinth of Expectations. The Medical Graduate 26: 5-7, 1981

1981: Lowy, F.H.: The Dean's Challenge. University of Toronto Medical Journal, January 1982. pp 34-37

1982: Lowy, F.H.: The Alumni and the Faculty: Why Support Human Nutrition. The Medical Graduate 27: 4-5, 1982

1982: Lowy, F.H.: Preventing the Ultimate Epidemic, Re: Action (Canad. Mental Health Assoc.) Fall, 1982

1983: Lowy, F.H.: Psychotherapy in the 1980's POCA Press: 15: 13-19, 1983 (Psychiatric Outpatient Centres of America)

1983: Lowy, F.H.: The Faculty looks to the Alumni, The Medical Graduate 28, 4-5, 1983

1984: Lowy, F.H.: Towards Better Communication, Tablet (Fac. of Med, U. of T.) 1, 1-2, 1984

1985: Lowy, F.H. On Communication and Research, Tablet (Fac. of Med, U. of T.) Vol 1, No. 2, p 3

1985: Lowy, F.H. From Competence to the Pursuit of Excellence, Tablet (Faculty of Medicine, University of Toronto Vol 1, No. 3, p 2.

1985: Lowy, F.H. The 1985 Noble Peace Prize, Tablet (Faculty of Medicine, University of Toronto) Vol 1, No. 4, P 2.

Opinion de M. George Cooper, c.r.
au sujet du financement par le gouvernement canadien
de l'institut Allan Memorial
au cours des années 1950 et 1960

Le texte de l'opinion peut être obtenu de la Direction des communications et affaires publiques, ministère de la Justice, Ottawa (Ontario) K1A 0H8, (613) 996-7192.

Opinion émise avec la permission de l'honorable John C. Crosbie, ministre de la Justice et Procureur général du Canada

Mai 1986

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1986

N° de cat. J2-63/1986

ISBN 0-662-54427-7

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	
1. DÉMARCHE : MOYENS UTILISÉS POUR ÉTABLIR LES FAITS (ENTREVUES, EXAMEN DES DOSSIERS, ETC.)	5
A. Observations préliminaires	5
B. Difficultés inhérentes à la recherche d'informations remontant à plus de 20 ans	7
C. Limites de mon mandat	8
D. Observations générales sur le processus d'entrevue et d'examen des dossiers	10
E. Avis autorisés	12
2. TECHNIQUES PSYCHIATRIQUES UTILISÉES À L'INSTITUT ALLAN MEMORIAL DE 1948 À 1964	12
A. Conclusion générale	12
B. Les fondements intellectuels et scientifiques de la "déstructuration" et de la saturation psychique	14
C. Les techniques utilisées	17
1) déstructuration et cure de sommeil	17
2) privation sensorielle	18
3) saturation psychique	19
4) patients souffrant de schizophrénie et de psychonévrose	21
5) techniques hautement envahissantes et intensives	22
D. Le problème de la perte de mémoire	23
E. L'évaluation de la déstructuration par le Dr Cameron	24
F. Saturation psychique - autres commentaires et évaluation du Dr Cameron	26
G. L'usage de psychotropes - autres commentaires	27

Page

H. Conclusions concernant les fondements théoriques et l'efficacité des techniques utilisées par le Dr Cameron 27

3. PARTICIPATION DES ORGANISMES OU MINISTÈRES DU GOUVERNEMENT DU CANADA AU FINANCEMENT DE L'INSTITUT ALLAN MEMORIAL 30

A. Conseil national de recherches (CNR) à titre de prédécesseur du Conseil de recherches médicales (CRM) 30

1) n° 290 - Laboratoire du comportement 31
2) n° 217 - Réactions des civils à des désastres dans la collectivité 31

B. Conseil de recherches pour la défense (CRD) 32

1) Introduction 32
2) La guerre de Corée et le "lavage de cerveau" 33
3) Les expériences de privation sensorielle du Dr Donald O. Hebb 34
4) Le lien entre les travaux du Dr Hebb et ceux du Dr Cameron 38
5) Le financement par le CRD des projets réalisés au Allan Memorial 39

C. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (MSBS) 40

1) Introduction 40
2) Mode de présentation des demandes dans le cadre de la Subvention à la santé mentale 41
3) Subventions versées à l'Institut Allan Memorial 43
   a) Projet n° 604-5-14 44
   b) Projet n° 604-5-432 45
4) Mode de traitement des demandes de subventions du Dr Cameron 48
5) Surveillance de l'avancement des travaux 49
6) Conclusions 51

4. LE CLIMAT DE L'ÉPOQUE 52

A. Historique du Système de subventions nationales à la santé 52

B. Quelques données pertinentes 53

	Page
C. État de la psychiatrie et progression de la recherche après 1948	55
5. PERSONNALITÉ, CARACTÈRE ET ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES DU Dr EWEN CAMERON, ET ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE SON TRAVAIL	58
A. Personnalité, caractère et activités professionnelles	58
B. Évaluation des compétences du Dr Cameron en recherche scientifique	64
1) Conclusion générale	64
2) Les effets Hawthorne et placebo	65
3) Toile de fond de la conclusion générale sur les compétences du Dr Cameron en recherche scientifique	69
4) Réserves des psychologues	70
C. Conclusions sur la qualité du travail du Dr Cameron et sa place dans le contexte de l'époque	71
D. Connaissance de la qualité des recherches du Dr Cameron de la part des fonctionnaires de Santé et Bien-être social	75
E. Conclusion sur l'efficacité et le bien-fondé des recherches du Dr Cameron et réserves actuelles	76
1) Dr Omond Solandt	77
2) Dr Robert A. Cleghorn	80
3) Dr F.C. Rhodes Chalke	82
4) Dr Charles A. Roberts	83
5) M. John Osborne	83
6) Drs Craig Mooney, et J.W. Fisher	84
7) Sir Aubrey Lewis	85
6. CONSIDÉRATIONS MORALES ENTOURANT LA NATURE ET LA QUALITÉ DES TRAVAUX DU Dr CAMERON ET LE CONSENTEMENT DES PATIENTS	87
A. Normes éthiques régissant la recherche et l'expérimentation médicales	87
B. La question du consentement	92

	Page
C. Événements survenus en cette matière après le départ du Dr Cameron du Allan Memorial	93
1) L'affaire Halushka	93
2) Le mouvement en faveur des droits du patient	93
3) La déclaration d'Helsinki	94
4) Le Dr Edmund Pellegrino	94
5) La thalidomide	95
7. LA PARTICIPATION DE LA CIA	96
A. Conclusion générale	96
B. Le contexte de l'époque	99
C. Entente entre le Canada et les États-Unis	99
D. La Society for the Investigation of Human Ecology (SIHE)	102
E. Demande de subvention du Dr Cameron à la SIHE	104
F. La position du gouvernement américain	106
G. La CIA et les activités de recherche du Dr Cameron	106
H. Conclusions	116
8. LES AFFAIRES ORLIKOW ET MORROW	117
A. L'affaire Orlikow	118
B. L'affaire Morrow	120
9. PRINCIPES JURIDIQUES APPLICABLES DANS LA PRÉSENTE AFFAIRE ET CONCLUSIONS	121
A. Hypothèse de base	121
B. Analyse juridique	123
C. Conclusion	127
D. La prescription	127

	Page
E. Le droit civil	127
10. LA RESPONSABILITÉ MORALE DU GOUVERNEMENT	128
A. Autres considérations sur l'avant dernière question : les traitements du Dr Cameron doivent-ils être tenus pour répréhensibles?	128
B. La question fondamentale : la responsabilité de la Couronne	130
11. CONCLUSIONS FINALES	132
LISTE DES ANNEXES	135

(Traduction) le 3 mai 1986

Objet: Allan Memorial Institute

Monsieur,

Il y a quelques jours, des représentants de votre Ministère m'ont signifié votre intention de rendre public le texte de l'opinion que je vous ai transmis le 7 mars 1986. Lors de mes entrevues au cours de la préparation de la présente opinion, je m'étais engagé à ne pas associer de noms à certains passages du texte sans obtenir le consentement des personnes concernées. C'est pourquoi j'ai cru bon de les consulter à ce propos.

Je suis heureux de vous faire part que dans tous les cas, j'ai reçu leur assentiment. En révisant avec eux les passages en question, j'ai apporté quelques modifications de forme au texte de l'opinion. Le petit nombre de changements que j'ai effectués n'affectent en rien la substance de ce qui m'avait été rapporté ni celle de mes conclusions.

George Cooper

Honorable John C. Crosbie
Ministre de la Justice
Chambre des communes
Bureau 418 N, Edifice du Centre
Ottawa, Canada
K1A 0A6

Pièces jointes

[Traduction]

Objet : Allan Memorial Institute

Monsieur,

Vous trouverez ci-joint mon opinion sur le sujet mentionné en rubrique.

Lorsque j'ai accepté cette mission, les représentants de votre ministère et moi-même sommes convenus que l'opinion que je donnerais en la matière bénéficierait du privilège habituel des relations entre avocat et client. Sur la base de cette entente, et après avoir discuté de la question avec les autorités de votre ministère, j'ai, au nom de ce dernier, garanti le secret à toutes les personnes que j'ai interrogées afin d'établir les faits sur lesquels reposent mes conclusions. J'ose donc espérer que cet engagement sera respecté.

Restant à votre disposition pour le cas où vous souhaiteriez me demander des éclaircissements ou obtenir quelque autre service relativement à ce sujet, je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments distingués.

George Cooper

Honorable John C. Crosbie
Ministre de la Justice
Chambre des communes
Bureau 418 N, Édifice du Centre
Ottawa, Canada
K1A 0A6

Pièces jointes

G-1891

Le 26 février 1986

L'Honorable John Crosbie, C.P., député
Ministre de la Justice et
Procureur général du Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0H8

Monsieur,

Vous m'avez demandé de vous faire part de mon opinion relativement à certaines questions entourant des activités menées au cours des années 1950 et 1960 à l'Institut Allan Memorial de Montréal par le Dr D. Ewen Cameron et d'autres personnes et, en particulier, vous vouliez savoir si en finançant ces activités le gouvernement du Canada a fait ou omis de faire quelque chose qui pourrait être jugée illégale ou répréhensible advenant qu'une poursuite soit intentée ou qu'une plainte soit déposée par un ou plusieurs anciens patients de l'Institut.

En décembre 1980, neuf anciens patients de l'Institut Allen Memorial ont intenté une poursuite au gouvernement américain et réclamé des dommages pour des traumatismes subis pendant qu'ils étaient soignés à l'Institut Allan Memorial et, en particulier, par le Dr Cameron. Ils soutiennent que la Central Intelligence Agency (CIA) a fourni au Dr Cameron les fonds nécessaires pour

mener certaines "expériences" psychiatriques sur eux, sans leur consentement, et que ces expériences leur ont causé un traumatisme permanent. Les techniques ou interventions précises dont ils affirment avoir fait l'objet sont des électrochocs massifs, la saturation psychique (psychic driving), les cures de sommeil induites par des soporifiques et l'usage de produits chimiques controversés comme l'acide lysergique diéthylamide (LSD). Ces allégations sont à l'origine de la publicité et de l'inquiétude publique entourant cette question, et c'est dans ce contexte que j'ai examiné les faits en vue de fournir le présent avis. La deuxième plainte modifiée des neuf demandeurs est jointe à l'Annexe 1. Vous trouverez à l'Annexe A1 une lettre de l'avocat des défendeurs accompagnée de pièces qui expliquent les fondements de cette requête.

Par suite des discussions que j'ai eues avec MM. J. C. Tait, c.r., sous-ministre adjoint, Droit public, et M.L. Jewett, c.r., avocat général, Droit constitutionnel et international, je crois comprendre que vous souhaitez avoir un avis en ce qui concerne la responsabilité juridique éventuelle du gouvernement dans cette affaire en plus de savoir si le gouvernement pourrait avoir certains devoirs à l'égard des patients, même s'il ne s'agissait pas à proprement parler de responsabilité légale. Vous souhaiteriez en outre établir, si tel était le cas, comment devrait agir le gouvernement pour s'acquitter d'une telle

responsabilité morale. Le présent avis porte sur ces deux questions.

Mon exposé portera sur les points suivants :

1) la démarche que j'ai suivie afin d'établir les faits;

2) les conclusions en ce qui concerne les techniques psychiatriques effectivement utilisées à l'Institut Allan Memorial sous la direction du Dr Cameron et de ses collaborateurs;

3) le rôle des agences ou des ministères du gouvernement fédéral dans le financement des activités de l'Institut Allan Memorial;

4) le climat qui régnait à l'époque où le Dr Cameron et ses collaborateurs ont mené leurs activités;

5) la personnalité, le caractère et les activités professionnelles du Dr Cameron ainsi qu'une évaluation de la qualité de son travail;

6) une discussion des considérations d'ordre moral entourant la nature et la qualité de la recherche et de l'expérimentation scientifique et médicale au cours des années 1950 et au début

des années 1960, tant de façon générale, qu'en ce qui concerne le travail du Dr Cameron et que par rapport aux normes en vigueur aujourd'hui;

7) le rôle joué par la Central Intelligence Agency (CIA);

8) une discussion des poursuites intentées devant la Cour supérieure du Québec en rapport avec cette affaire (Orlikow c. The Royal Victoria Hospital et Morrow c. The Royal Victoria Hospital)

9) une discussion des principes de droit qui s'appliquent à cette affaire de même que les conclusions en vertu du droit;

10) une discussion de la responsabilité générale du gouvernement;

11) mes conclusions finales.

Tout au cours de mon travail, j'ai été secondé par Me. Louis B.Z. Davis de la Section du droit constitutionnel et international du Ministère et par M. Ron Louisseize, spécialiste parajuridique à la Section du contentieux des affaires civiles de même que par des collègues de l'étude dont je fais partie. L'aide de toutes ces personnes m'a été fort précieuse. J'ai également été secondé par le Dr G.L. Nelms, chef associé, Recherche et Développement, ministère de la Défense nationale,

le Dr Ron Heacock, directeur général, direction des Programmes de recherche extra-muros, Direction générale des services et de la protection de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et M. Brian Dickson, directeur, Direction des consultations juridiques, Direction générale des affaires juridiques, ministère des Affaires extérieures de même que par d'autres personnes de chacun de ces ministères. En particulier, j'ai rencontré M. J.H. Taylor, sous-secrétaire d'État aux Affaires extérieures, M. D.B. Dewar, sous-ministre au ministère de la Défense nationale et M. David Kirkwood, sous-ministre au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Toutes ces personnes m'ont donné leur entière collaboration.

1. DÉMARCHE : MOYENS UTILISÉS POUR ÉTABLIR LES FAITS (ENTREVUES, EXAMEN DE DOSSIERS, ETC.)

A. Observations préliminaires

Il convient ici de faire une remarque préliminaire sur l'étendue de mes recherches.

Dans votre lettre datée du 26 juillet 1985 de même que dans la lettre de M. Jewett du 29 juillet 1985, vos instructions ne faisaient pas allusion spécifiquement au Dr Cameron. Dans le présent avis, j'ai toutefois mis l'accent sur le Dr Cameron pour un certain nombre de raisons.

En premier lieu, il était le directeur de l'Institut Allan Memorial à l'époque qui nous intéresse en plus d'en être la locomotive. C'est lui plus que tout autre qui a mis au point les techniques d'intervention psychiatrique qui suscitent aujourd'hui des controverses et il était clairement le chef de file en ce qui concerne leur application aux patients.

En second lieu, dans les poursuites intentées aux États-Unis par les neuf demandeurs, dont deux ont également intenté des poursuites au Québec (M^me^ Velma Orlikow et le D^r^ Mary Morrow), c'est le D^r^ Cameron qui semble être désigné comme la "partie coupable"; en effet, dans l'affaire Morrow, sa succession a été nommée partie défenderesse.

En troisième lieu, en examinant les faits en vue de la préparation du présent avis, j'ai eu l'occasion de voir beaucoup de documents ayant trait aux travaux des collègues du D^r^ Cameron à l'Institut Allan Memorial et, à mon avis, ceux-ci donnent une image exacte des interventions qui ont eu lieu à cet établissement. Conformément à la pratique universitaire courante, un certain nombre de collègues - professeurs, résidents et chercheurs appartenant à d'autres disciplines - travaillaient souvent conjointement à la même recherche; habituellement les noms de deux ou de plusieurs chercheurs figuraient comme collaborateurs lorsque les résultats étaient publiés. Ainsi, bien que je n'ai pas fait de recherches spéciales ou tenté de

trouver tous les dossiers des ministères du gouvernement ou des Archives publiques sur chacun des collaborateurs du Dr Cameron - cette tâche aurait exigé beaucoup plus de temps - j'ai fait d'innombrables démarches pour trouver des renseignements sur le Dr Cameron et, par conséquent, je crois donc avoir également une idée assez claire, sinon absolument complète, des travaux de ses collègues, au moins dans le domaine qui nous intéresse.

B. Difficultés inhérentes à la recherche d'informations remontant à plus de 20 ans

Le fait que les événements en question ont commencé à avoir lieu à l'Institut Allan Memorial il y a plus de 35 ans entraîne trois conséquences importantes. Premièrement, un grand nombre des dossiers administratifs courants des deux principaux ministères (Santé nationale et Bien-être social et Défense nationale) ont été détruits, conformément à la pratique courante, et c'est pourquoi j'ai dû me fier beaucoup aux souvenirs qu'avaient de ces événements les personnes qui avaient été concernées directement à l'époque. Deuxièmement, certaines des personnes qui avaient été mêlées à ces événements étaient depuis lors décédées, c'est pourquoi l'information est nécessairement incomplète du fait qu'il s'agit essentiellement de souvenirs. Troisièmement, beaucoup des personnes qui étaient toujours vivantes n'étaient pas en mesure de me venir en aide sur des questions de détail, tout simplement parce que leurs souvenirs n'étaient pas exacts en raison du temps qui s'est écoulé depuis ces événements.

Néanmoins, je suis convaincu d'avoir obtenu suffisamment d'informations factuelles, tant par le biais d'entrevues que dans les dossiers qui existent toujours, pour être en mesure de tirer des conclusions assez sûres. Il reste évidemment possible que de nouveaux faits soient mis au jour. Ceux-ci pourraient provenir de dossiers gouvernementaux non encore découverts ou de personnes qui sont maintenant ou qui étaient fonctionnaires à l'époque et qui pourraient fournir de nouvelles informations, mais j'estime que cette éventualité est très improbable. Par conséquent, je crois avoir pris connaissance de suffisamment de documents et entendu assez de témoignages pour conclure que tous les faits importants relativement à cette affaire sont déjà en possession du gouvernement du Canada ou de ses ministères, agences ou employés (actuels ou passés). Les faits marquants sont maintenant connus et ont été considérés pour les fins du présent avis et il est improbable que de nouveaux renseignements particulièrement probants soient découverts à l'avenir.

C. Limites de mon mandat

Je tire évidemment cette conclusion (de même que l'ensemble de cet avis) sous réserve du fait que l'envergure de mes recherches était limitée par le mandat énoncé à la fois dans votre lettre du 26 juillet 1985 de même que dans celle de M. Jewett datée du 29 juillet de la même année. Conformément à ce mandat, et hormis les consultations que j'ai eues avec les trois experts

indépendants dont je ferai mention plus loin, j'ai limité mes entrevues à des personnes qui avaient eu ou qui ont actuellement des rapports avec le gouvernement. De même, j'ai limité ma recherche documentaire aux dossiers du gouvernement (sauf que j'ai également examiné les dossiers publics de la Cour supérieure du Québec dans l'affaire de Orlikow c. The Royal Victoria Hospital (cause n° 500-05-006872-798), de la Cour supérieure du Québec (cause n° 500-05-738532) et de la Cour d'appel du Québec (cause n° 500-09-001247-782) dans l'affaire Morrow v. The Royal Victoria Hospital. Je ne me suis pas adressé à des personnes qui n'ont pas eu de rapports semblables et je n'ai pas non plus (sauf dans des cas indiqués) vu des dossiers détenus par des personnes ou des établissements qui ne faisaient pas partie du gouvernement fédéral.

Ainsi, je n'ai fait aucune recherche auprès (par exemple), de membres du personnel ou d'anciens patients qui se trouvaient à l'Institut Allan Memorial à l'époque où y travaillait le D^r^ Cameron, et il est évidemment possible que ceux-ci puissent apporter des faits nouveaux. (Comme je l'ai expliqué plus loin, j'ai eu une longue entrevue avec le D^r^ Robert A. Cleghorn et celui-ci m'a fourni des renseignements très précieux. Le D^r^ Cleghorn était l'un des psychiatres qui faisait partie du personnel de l'Institut Allan Memorial et il succéda au D^r^ Cameron au poste de directeur de l'Institut en 1964. J'ai pu parler au D^r^ Cleghorn, non pas en sa qualité de membre du

personnel de l'Institut Allan Memorial, mais en raison de ses rapports avec le Conseil de recherches pour la défense où, pendant une certaine période avant 1961, il a été président du groupe de la recherche psychiatrique du comité consultatif médical du Conseil de recherches pour la défense.) Je n'ai vu aucun dossier médical de patients de l'Institut Allan Memorial. Enfin, je n'ai pas eu accès à des documents de la CIA ou d'autres sources américaines, sauf à ceux auxquels j'ai fait allusion spécifiquement dans le présent avis.

D. Observations générales sur le processus d'entrevue et d'examen des dossiers

Étant donné que de nombreux documents avaient été perdus, j'estimais qu'il était important d'interviewer d'anciens fonctionnaires ainsi que certaines personnes qui n'étaient pas à l'emploi du gouvernement mais qui avaient eu des rapports avec des groupes consultatifs de recherche. En outre, les quatre ministères concernés m'ont autorisé à parler aux fonctionnaires qui étaient toujours à l'emploi de la Fonction publique. Par conséquent, je me suis entretenu personnellement avec tous les fonctionnaires, actuels et anciens, qui avaient eu un rôle important à jouer dans les programmes gouvernementaux de subventions à la recherche dans le domaine de la santé mentale. Dans tous les cas, ces personnes étaient disposées à me parler franchement et ouvertement, et j'ai pris des notes détaillées de ces conversations. Je n'ai jamais noté une certaine réserve ou

un manque de collaboration. Je n'ai jamais non plus eu l'impression qu'on tentait de camoufler ou d'atténuer un aspect quelconque des questions qui nous intéressent, et je n'ai eu aucunement l'impression qu'on voulait m'induire en erreur.

Je me dois d'ajouter que j'ai garanti aux personnes que j'ai interviewées que leurs commentaires ne leur seraient pas attribués publiquement.

On m'a en outre donné toute la liberté voulue pour examiner tous les dossiers qui étaient encore détenus par les ministères en question (Justice, Affaires extérieures, Santé nationale et Bien-être social et Défense nationale) de même qu'aux Archives publiques du Canada, et notamment des dossiers qui, à première vue, semblaient très peu pertinents et, après un examen plus poussé, se sont révélés peu utiles ou probants. J'ai terminé l'examen de ces dossiers. Le ministère des Affaires des Anciens combattants de même que le Conseil de recherches médicales m'ont également apporté leur collaboration en examinant leurs dossiers, et je suis convaincu que ces organismes n'ont financé aucun des projets du D^{r} Cameron, à l'exception d'un projet ou de deux peut-être dont je discute dans la section 3 du présent avis. Je n'ai examiné aucun document du Cabinet, mais je n'ai aucune raison de croire que ceux-ci fourniraient des renseignements utiles.

Vous trouverez à l'Annexe 2 une liste des personnes interviewées, et la liste des dossiers que j'ai examinés figure à l'Annexe 3.

E. Avis autorisés

J'ai bénéficié des avis autorisés du Dr Frédéric Grunberg, professeur de psychiatrie à l'Université de Montréal (qui est, soit dit en passant, le président actuel de l'Association des psychiatres du Canada), du Dr Ian McDonald, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de la Saskatchewan et du Dr Fred Lowy, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto. Leurs avis autorisés de même que leur curriculum vitae font partie des Annexes 4, 5 et 6 respectivement.

2. TECHNIQUES PSYCHIATRIQUES UTILISÉES À L'INSTITUT ALLAN MEMORIAL DE 1948 À 1964

A. Conclusion générale

Il est clair que les techniques et méthodes citées par les neuf demandeurs dans la poursuite devant les tribunaux américains ont effectivement été utilisées à l'Institut Allan Memorial et par le Dr Cameron en particulier. En d'autres termes, l'électro-convulsivothérapie (également appelée sismothérapie), et notamment les électrochocs massifs ("déstructuration"*), la narcothérapie (cure de sommeil), la privation sensorielle partielle, la saturation psychique** et la psychopharmacologie (psychotropes) figurent toutes au nombre des techniques utilisées. La plus importante était une technique que certains appelaient "sismothérapie régressive"*** et que le Dr Cameron

avait baptisé "déstructuration"; il s'agissait peut-être de la plus controversée de toutes.

J'aimerais insister sur le fait qu'en énonçant cette conclusion, je ne porte aucun jugement en ce qui concerne l'exactitude des allégations de l'un ou l'autre des demandeurs quant à l'utilisation de l'une ou de plusieurs de ces techniques dans son cas, pas plus que sur l'opportunité d'avoir recours à cette technique pour le traitement de l'affection particulière du patient ou sur la façon dont la thérapie a été appliquée dans un cas ou un autre. Conformément au mandat qui m'avait été confié, je ne me suis penché sur aucune de ces questions. J'affirme simplement que tout indique que le Dr Cameron a effectivement utilisé toutes ces techniques à diverses reprises, et qu'il est certainement tout à fait possible que les demandeurs aient reçu tous les traitements qu'ils affirment avoir reçus.

Les traitements psychiatriques qui ont été administrés à l'Institut Allan Memorial à diverses reprises au cours des années 1940, 1950 et 1960 peuvent, pour les fins du présent rapport, être divisés en deux catégories :

(1) ceux qui étaient utilisés ailleurs au Canada et à l'étranger; au nombre de ceux-ci, on retrouve la sismothérapie (électrochocs), l'insulinothérapie (coma insulinique), la narcothérapie (cure de sommeil), et les psychotropes (y compris le diéthylamide de l'acide lysergique ou LSD); et

(2) ceux qui étaient utilisés à l'Institut Allan Memorial et dans quelques centres à l'étranger (mais non ailleurs au Canada); parmi ceux-ci on trouve la déstructuration, la saturation psychique et la privation sensorielle.

Aucune de ces techniques psychiatriques n'a été appliquée pour la première fois au Allan Memorial et aucune n'était utilisée exclusivement à cet endroit, bien que les techniques de la saturation psychique et de la déstructuration aient été utilisées plus longtemps et de façon plus poussée là qu'ailleurs. Du reste, il semble que le recours concomitant à la déstructuration, la saturation psychique, la privation sensorielle, aux cures de sommeil et aux psychotropes ait été une pratique exclusive au Allan Memorial.

Une discussion générale des fondements théoriques de ces thérapies est présentée au paragraphe B tandis qu'une description des techniques elles-mêmes figure au paragraphe C. Le lecteur trouvera des descriptions précises de celles-ci dans des articles publiés par le Dr Cameron dans des revues scientifiques et figurant aux Annexes 7 à 17 inclusivement.

B. Les fondements intellectuels et scientifiques de la "déstructuration" et de la saturation psychique

Le Dr Cameron estimait que la maladie mentale était le résultat d'un mode "incorrect" de réponse au monde ambiant élaboré par le sujet au fil des ans.

Les "schèmes mentaux" s'étaient donc développées par la répétition d'un ensemble de "réponses apprises" qui n'étaient pas acceptables socialement et qui faisaient que le patient était classé comme malade mental.

Pendant plusieurs années, des psychiatres avaient remarqué que les personnes qui étaient en proie à des convulsions d'origine cérébrale ne souffraient pas de maladie mentale. Citons par exemple le cas des personnes atteintes d'épilepsie ou de celles qui sombrent dans un coma insulinique. On avança l'hypothèse que ces phénomènes convulsifs naturels avaient en quelque sorte pour effet de libérer les "voies de transmission cérébrales" et donc d'éliminer ces schèmes mentaux "incorrects". On en déduit que s'il était possible de provoquer artificiellement des convulsions chez des sujets atteints de maladie mentale, les "voies de transmission" seraient détruites et la maladie serait guérie. C'était là l'idée fondamentale qui sous-tendait l'électroconvulsivothérapie, l'insulinothérapie ainsi que les autres thérapies convulsivogènes.

Le D^{r} Cameron prit cette idée et la poussa beaucoup plus loin que ses collègues en Europe et en Amérique du Nord. Son idée était de détruire les schèmes mentaux par l'application d'électrochocs massifs, leur nombre étant bien des fois supérieur au nombre de chocs dans un traitement de sismothérapie normal - deux fois par jour, plutôt que trois fois par semaine, par exemple - jusqu'à ce

que le cerveau du patient ait été "déstructuré"; c'est-à-dire (dans le cas de patients souffrant de psychose) jusqu'à ce que tous les symptômes de schizophrénie aient disparu, de même que d'autres aspects de la mémoire. Une fois cette opération terminée, il s'agissait de "restructurer" le cerveau en tentant d'inculquer dans l'esprit du patient de nouveaux schèmes de pensée "corrects".

Selon la théorie du Dr Cameron, on pourrait comparer le cerveau du patient à un ancien standard téléphonique dans lequel toutes les fiches avaient été enfoncées dans les mauvais jacks. La déstructuration consisterait à retirer toutes les fiches tandis que la restructuration équivaudrait à enfoncer de nouveau toutes les fiches dans les bons jacks.

Le second fondement théorique qui étayait ces techniques était l'idée que la maladie mentale grave était le résultat d'un maternage inadéquat, idée qui fut développée au Royaume-Uni au cours des années 1930 et 1940. Si l'enfant pouvait être "rematerné" à l'aide d'une technique connue sous le nom de "thérapie anaclitique", il pourrait être guéri de la maladie. Le Dr Cameron appliqua en fait cette théorie aux adultes. À l'aide de la "déstructuration", il avait ramené l'esprit du patient à un état infantile; il s'agissait alors, par le biais de la restructuration, de "rematerner" le patient dans le milieu protégé et sympathique de l'hôpital. La saturation psychique était l'une des techniques de rematernage.

Le Dr Cameron faisait appel aux deux techniques de la déstructuration et de la saturation psychique dans le traitement des patients souffrant de psychose (schizophrénie) de même que chez ceux qui souffraient de psychonévrose. Il importe de souligner ce qu'il déclara en ce qui concerne la sélection des patients atteints de psychonévrose :

> (TRADUCTION)
> "Pour ce qui est de la sélection, nous choisissons principalement des patients qui souffrent d'une psychonévrose chronique chez qui toutes les thérapies antérieures se sont avérées inefficaces." (Annexe 14, p. 210) (souligné dans le texte original)
>
> "Les patients choisis sont presque exclusivement ceux qui souffrent depuis très longtemps d'une psychonévrose extrêmement réfractaire." (Annexe 18, p. 5)

C. Les techniques utilisées

Voici une brève description de ces thérapies, dans leur forme la plus élaborée et parfois utilisées en association, comme elles l'étaient parfois.

1) Déstructuration et cure de sommeil

Dans la déstructuration, le patient était soumis à une sismothérapie massive - parfois jusqu'à vingt ou trente fois plus intense que l'électroconvulsivothérapie "normale". À la fin d'un traitement, qui pouvait durer jusqu'à 30 jours et compter jusqu'à 60 séances d'électrochocs, à raison de deux par jour, le patient était devenu plus ou moins insouciant et son état mental s'apparentait à celui d'un enfant.

Avant de commencer le traitement, on administrait au patient divers médicaments afin de maintenir un sommeil prolongé pendant une période d'environ dix jours. Par la suite, on procédait à la sismothérapie intensive, le patient étant maintenu inconscient pendant toute la durée du traitement. La déstructuration était complète à un certain point entre le trentième et le soixantième jour de sommeil et après de 30 à 60 électrochocs. La déstructuration était ensuite maintenue pendant une période supplémentaire d'une semaine au cours de laquelle le nombre d'électrochocs était réduit à trois.

Peu à peu, le nombre de traitements diminuait à un par semaine. Il y avait ensuite une période de réorganisation, au cours de laquelle le patient passait du "troisième stade", par le "deuxième stade" et jusqu'au "premier stade" de la déstructuration. Au cours de cette période, le patient éprouvait habituellement une anxiété considérable qu'on atténuait en lui administrant de la chlorpromazine (Largactil) et de l'amobarbital sodique.

C'est ainsi qu'on préparait les patients souffrant de psychonévrose aux séances de "saturation psychique".

2) Privation sensorielle

Une autre façon de préparer les patients à la saturation psychique était de les placer dans une situation de "privation

sensorielle". Cette technique consistait à les priver de toute stimulation sensorielle externe. Elle s'inspirait des travaux effectués au début des années 1950 par le Dr Donald O. Hebb, psychologue à McGill, pour le compte du Conseil de recherches pour la défense. Les travaux effectués par le Dr Cameron sur la privation sensorielle ne s'inscrivaient pas dans le prolongement de ceux du Dr Hebb (comme l'ont laissé entendre certains reportages dans les médias), même s'il existait certains liens intellectuels entre ces travaux. Les travaux du Dr Hebb font l'objet d'une discussion plus approfondie à la section 3 du présent document.

Les patients étaient privés de toute stimulation sensorielle extérieure pendant plusieurs jours. Dans un cas particulier, cette période a atteint seize jours. Dans certains cas, les patients chez qui la privation sensorielle n'avait eu aucun effet recevaient par la suite des traitements de narcothérapie ou de sismothérapie, conformément aux méthodes décrites antérieurement.

3) Saturation psychique

Après avoir subi une privation sensorielle, ou une narcothérapie et des électrochocs, ou encore une association de ces deux modalités thérapeutiques, le patient recevait une autre forme de traitement qu'on appelait "saturation psychique". Il s'agissait

d'enregistrer des messages sur un ruban magnétique et de les faire entendre des milliers de fois aux patients à l'aide de microphones placés dans leur oreiller, d'écouteurs ou d'autres moyens. Il s'agissait d'abord de présenter un message négatif dont l'objet était de forcer le patient à faire face à ses faiblesses. (Par exemple : "Gertrude, vous ne vous entendez pas avec les autres. Vous ne vous êtes jamais entendue avec votre mère... Vous ne vous êtes jamais sentie à la hauteur et vous êtes envieuse"...). Le patient écoutait ces messages pendant une période d'environ dix jours et, par la suite, on lui faisait entendre des messages positifs pendant une autre période de même durée. (Par exemple, "Gertrude, vous voulez être libre comme les autres femmes. Vous essayez d'arrêter de manipuler les gens par vos lamentations... Vous voulez que les autres vous aiment... Vous voulez avoir confiance.")

Le contenu des messages était habituellement établi sur la foi d'entrevues menées avec le patient avant le début du traitement ("saturation autopsychique"), souvent pendant qu'il était sous l'effet de psychotropes désinhibiteurs. Dans certains cas, les messages étaient préparés par le psychiatre plutôt que tirés des entrevues avec les patients ("saturation hétéropsychique").

Les séances de saturation psychique se déroulaient parfois pendant des périodes ininterrompues de seize heures par jour. Au total, les messages positifs et négatifs pouvaient être répétés jusqu'à un demi-million de fois.

Les patients recevaient des psychotropes pendant toute la durée de ces séances. Des barbituriques et d'autres produits étaient utilisés au cours des cures de sommeil. Au terme du traitement de déstructuration, l'angoisse provoquée par la thérapie était traitée au moyen de fortes doses de Largactyl et d'amobarbital sodique. Pendant les séances de saturation psychique, on injectait au patient du curare et de la cire d'abeille afin de maintenir sa réceptivité aux messages. Il arrivait également qu'on administre du LSD.

Pendant toute la durée du traitement et jusqu'à trois ans après, le patient recevait des soins personnels intensifs, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital, de la part du personnel de l'établissement, notamment les travailleurs sociaux, les psychiatres, les psychologues et les infirmières. Au cours de cette période de trois ans, le patient avait en général 65 autres séances d'électrochocs.

4) Patients souffrant de schizophrénie et de psychonévrose

Ces techniques étaient utilisées dans le traitement des schizophrénies et des psychonévroses, bien que la saturation psychique semble avoir été utilisée principalement chez les patients souffrant de psychonévrose. La saturation psychique ne semble pas avoir été utilisée couramment dans le cas des schizophrènes, lesquels étaient restructurés par le personnel de l'hôpital. Celui-ci passait de nombreuses semaines à ramener les

patients jusqu'au point où ils pouvaient vivre une vie à peu près normale. Les déficits mnésiques prolongés étaient un problème particulièrement grave pour les deux catégories de patients.

5) Techniques hautement envahissantes et intensives

On comprendra que la sismothérapie intensive, ou déstructuration, était une technique hautement intensive et envahissante. Elle avait pour objet précis de "détruire les schèmes mentaux" et ainsi de ramener le cerveau à un état quasi infantile. En fait, le Dr Cameron décrit les trois stades de la déstructuration de la façon suivante :

(TRADUCTION)

"Au cours du premier stade, il y a une perturbation de la perception spatio-temporelle ainsi qu'une importante perte de mémoire, mais le sujet conserve une certaine perception spatio-temporelle. En d'autres termes, il sait où il est, depuis combien de temps il s'y trouve et comment il y est arrivé. Au cours du deuxième stade le patient a complètement perdu sa perception spatio-temporelle, mais il sait nettement qu'il devrait en avoir une. Il se sent angoissé et inquiet parce qu'il ne sait pas où il est ou comment il y est arrivé. Au cours du troisième stade, il y a non seulement une perte de la perception spatio-temporelle, mais encore le sujet cesse d'éprouver tout sentiment. À ce stade, on peut également observer toute une variété d'autres phénomènes, comme la perte d'une langue seconde ou la conscience de sa situation matrimoniale. Dans les cas extrêmes, le sujet peut être incapable de marcher sans appui, de se nourrir et peut souffrir d'incontinence fécale et urinaire. À ce stade, tous ses symptômes de schizophrénie ont disparu. Il s'exprime au moyen de phrases brèves et rarement spontanées, ses réponses aux questions ne sont aucunement influencées par ses souvenirs du passé ni déterminées par une projection dans le futur. Il ne souffre d'aucun trouble émotif, à l'exception d'une euphorie légère habituelle. Il vit, pour ainsi dire, dans une bande très étroite de l'espace et du temps. Tous

> les aspects de sa mémoire sont gravement perturbés. Il ne comprend pas bien ce qui se passe autour de lui. Il ne peut pas retrouver ses souvenirs. Il n'arrive pas à reconnaître ou à se rappeler les gens et les événements, et sa capacité de rétention est extrêmement limitée." (Annexe 15, p. 67). (nous soulignons)

D'autres psychiatres qui ont utilisé la sismothérapie avant le Dr Cameron et dont les travaux ont servi de base à ceux qui ont été effectués au Allan Memorial ont décrit l'état de l'esprit du patient après cette thérapie de la façon suivante (tiré du même article à la p. 66) :

> (TRADUCTION)
> "Kennedy et Ancell ont décrit l'état mental de leurs patients comme étant comparable à celui d'un enfant de 4 ans. Rothschild et ses collègues ont déclaré que certains de leurs patients qui souffraient de troubles organiques étaient incapables d'avaler mais capables d'absorber des liquides à l'aide d'un biberon. Glueck a affirmé que ses patients étaient comme des nourrissons impuissants. Ils souffraient d'incontinence fécale et urinaire et devaient être nourris à la cuillère de même que par sonde."

Soulignons que ces descriptions imagées des effets de la sismothérapie massive figuraient dans les articles publiés dans la littérature scientifique publique.

D. Le problème de la perte de mémoire

Les psychiatres reconnaissent que la sismothérapie provoque chez de nombreux patients un effet secondaire fâcheux, à savoir le "déficit mnésique". Par exemple, après avoir subi un traitement (une convulsion d'une durée d'environ une minute suivie d'une demi-heure ou d'une heure de sommeil), un patient peut oublier

temporairement comment mettre et attacher ses souliers. Toutefois, après un seul traitement, la perte de mémoire est transitoire. Après une série normale d'électrochocs, disons douze traitements échelonnés sur une période de deux ou trois semaines, la perte de mémoire peut durer quelques semaines environ et, dans de rares occasions, elle peut être de plus longue durée. Évidemment, le personnel de l'hôpital aide les patients à mettre leurs chaussures et à s'acquitter d'autres tâches semblables jusqu'à ce qu'ils aient retrouvé leur mémoire.

Après la déstructuration, une perte de mémoire prolongée n'était pas du tout inhabituelle, étant donné qu'il s'agissait d'électrochocs massifs et intensifs. Tous les symptômes schizophréniques disparaissaient de même que tous les autres aspects de la mémoire. Le D^{r} Cameron qualifiait de "différentielle" l'amnésie qui en résultait, car l'amnésie relative aux manifestations de la schizophrénie persistait tandis que la mémoire des autres faits de la vie normale réapparaissait au cours du processus de restructuration.

E. L'évaluation de la déstructuration par le D^{r} Cameron

La déstructuration était-elle une technique efficace? Le D^{r} Cameron croyait certainement qu'elle l'était. Dans ses articles portant sur les sujets atteints de schizophrénie (annexe 15, p. 17), il a déclaré ce qui suit :

(TRADUCTION)
"En ce qui concerne l'efficacité, la première question qu'il faut se poser est la suivante : produit-elle le résultat qu'elle est censée produire? La réponse est un oui absolu. Son efficacité est de beaucoup supérieure à celle de la méthode des électrochocs multiples mise au point par Bini et Milligan et modifiée par la suite par d'autres thérapeutes. Elle représente en outre un progrès considérable par rapport à l'insulinothérapie et à la chimiothérapie. Son principal avantage est de réduire considérablement le taux de réadmission. Par ailleurs, il importe de souligner le fait qu'elle exige énormément de temps et d'efforts ainsi que la constitution d'une équipe de travailleurs hautement qualifiés." (nous soulignons)

"En ce qui concerne les effets secondaires fâcheux, le plus grave est évidemment la période d'amnésie totale. Nous travaillons sur des méthodes visant à réduire cet effet fâcheux, et il convient de dire que bien que la perte de mémoire soit une source de préoccupations et d'angoisse pour le patient au cours des six premiers mois environ qui suivent son congé, il y a habituellement une reconstruction des souvenirs subséquents à partir de ce qu'on lui a dit des événements qui sont survenus pendant la période où il était amnésique."

Le passage souligné est important pour les raisons exposées à la section 5 du présent document.

Il ne faut pas oublier que le D^{r} Cameron n'était pas le premier ni le seul psychiatre à utiliser les techniques de déstructuration. Les méthodes de sismothérapie intensive ont apparemment été mises au point par Cerletti, Bini et Milligan et utilisées auprès de patients souffrant de psychonévrose. Les premiers comptes rendus dans la littérature médicale remontent à 1946. La méthode a été appliquée au traitement de la schizophrénie par Kennedy et Ancell qui ont donné à ce traitement le nom de "sismothérapie régressive" (à tort, selon le D^{r} Cameron) et ont publié des comptes rendus à cet effet dès

1948. Le Dr Cameron cite trois autres groupes qui ont utilisé la technique et dont les comptes rendus ont été publiés dans la littérature en 1950, 1951 et 1957.

C'est en 1955 que le Dr Cameron décida, selon ses propres termes, de "développer le potentiel de cette technique". Comme nous l'avons souligné antérieurement, il utilisait cette technique pour traiter tant les sujets souffrant de psychonévrose (voir la demande adressée à la Society for the Investigation of Human Ecology, Annexe 18, p. 5 et les articles figurant aux Annexes 11, p. 985 et 12, p. 744) que les schizophrènes (voir Annexe 15).

F. Saturation psychique - autres commentaires et évaluation du Dr Cameron

Bien que parfois utilisée en association avec le traitement de déstructuration, la saturation psychique a également été utilisée dans d'autres situations. Comme nous l'avons expliqué, cette technique consistait à répéter des messages enregistrés, d'abord des messages à caractère négatif afin de confronter le patient à son problème et, par la suite, des messages positifs qui visaient à lui donner une nouvelle image de lui-même. Au cours de l'étape "positive", le personnel de l'hôpital travaillait avec les patients afin de les encourager à mettre en pratique leur nouveau schème de comportement.

Le Dr Cameron estimait que :

(TRADUCTION)
"Les résultats les plus prometteurs ont été obtenus chez les patients souffrant de psychonévrose chronique - qui étaient réfractaires à toute autre forme de traitement - et qui présentaient depuis longtemps une névrose caractérielle, associée à une hystérie d'angoisse ou à une névrose d'angoisse. Dans ces cas, les résultats que nous avons obtenus ont été de plus en plus encourageants et nous estimons maintenant qu'il s'agit de la technique de choix pour traiter ces sujets." (Annexe 13, p. 107) (nous soulignons)

G. L'usage de psychotropes - autres commentaires

Parmi les psychotropes utilisés figurent les barbituriques (comme l'amobarbital sodique), les amphétamines (comme le Desoxyn) et des hallucinogènes comme le LSD-25 ou la mescaline. En outre, afin de préparer le sujet à recevoir des électrochocs massifs, on lui administrait de petites doses de curare qui avaient pour objet d'induire une certaine immobilité pour garder le patient à l'endroit voulu. Tous ces psychotropes étaient utilisés couramment par les psychiatres au Canada au cours des années 1950 et au début des années 1960.

En raison de toute l'attention publique suscitée par l'usage du LSD, j'ai joint des documents à l'Annexe 19 qui montreront comment son usage était répandu à l'époque.

H. Conclusions concernant les fondements théoriques et l'efficacité des techniques utilisées par le Dr Cameron

Sur le plan théorique, les psychiatres reconnaissent aujourd'hui de façon générale que les techniques de déstructuration, de saturation psychique de même que les traitements connexes

utilisés par le Dr Cameron n'étaient pas fondés sur des principe scientifiques ou médicaux valables. En effet, d'une part les psychiatres n'acceptent plus l'idée d'une dichotomie épilepsie-schizophrénie et, d'autre part, bien qu'il puisse y avoir un certain fond de vérité dans l'idée que la maladie mentale résulte d'un maternage inadéquat, le Dr Cameron a poussé cette idée beaucoup trop loin en tentant de découvrir comment elle s'appliquait aux adultes. Les fondements théoriques des travaux du Dr Cameron sont aujourd'hui considérés comme très faibles, même à la lumière des connaissances et des normes de l'époque.

Sur le plan pratique et à la lumière des normes reconnues aujourd'hui, la plupart des psychiatres concluraient que la déstructuration a été un échec, non seulement du point de vue de son efficacité comme technique thérapeutique, mais encore parce qu'elle représentait une forme d'agression contre le cerveau humain qui n'était pas justifiable, même selon les normes de l'époque et à la lumière des connaissances scientifiques et médicales rudimentaires qu'on possédait alors par rapport à aujourd'hui.

Ces conclusions ne sont toutefois évidentes qu'en rétrospective, et aucun des médecins à qui j'ai parlé n'était disposé à affirmer que les traitements de déstructuration du Dr Cameron avaient été administrés au mépris des limites de la pratique médicale acceptable de l'époque ou pour une raison autre que le désir

d'aider les sujets en question. Ces points seront étudiés plus avant dans les sections 5 et 6 du présent document mais, pour l'instant, il convient de souligner que certains médecins croyaient que, parce qu'il tentait désespérément de trouver des solutions au problème de la maladie mentale, tant en général que dans des cas particuliers, le Dr Cameron s'est peut-être permis inconsciemment et involontairement d'aller au-delà de ces limites dans le cas de certains patients paticuliers; mais ce n'est là que de la spéculation et, j'aimerais le répéter, aucun des médecins n'était prêt à affirmer que ses motifs étaient répréhensibles.

Par ailleurs, certains médecins particuliers avaient des doutes quant à l'efficacité des techniques de déstructuration et de saturation psychique à l'époque où le Dr Cameron travaillait au Allan Memorial. En fait, ses traitements ont suscité certaines controverses même à l'intérieur de l'établissement. Ces doutes n'étaient cependant exprimés que sous forme de "rumeurs". Si tout le personnel du Allan Memorial et la plupart des psychiatres du Canada étaient au courant des travaux du Dr Cameron, et ceux-ci étaient décrits de façon exhaustive dans la littérature scientifique courante, où tous pouvaient en prendre connaissance, personne n'osait les remettre en question publiquement. Il convient également de souligner que les traitements appliqués par le Dr Cameron n'étaient pas utilisés par les psychiatres qui exerçaient dans d'autres hôpitaux de Montréal, et notamment par ceux qui travaillaient dans les hôpitaux d'enseignement rattachés

à l'Université McGill, et cela bien que le Dr Cameron y fût professeur de psychiatrie. Ils toléraient ses techniques, mais ils ne les utilisaient pas. Le lecteur trouvera une analyse des doutes suscités à l'époque par ses traitements dans la section 5 du présent document.

3. PARTICIPATION DES ORGANISMES OU MINISTÈRES DU GOUVERNEMENT DU CANADA AU FINANCEMENT DE L'INSTITUT ALLAN MEMORIAL

Trois organismes du gouvernement du Canada ont financé le Dr Cameron à l'égard de divers projets : le Conseil national de recherches du Canada (CNR) à titre de prédécesseur du Conseil de recherches médicales (CRM), le Conseil de recherches pour la défense (CRD) et le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (MSBS). Le CRD a aussi financé d'autres recherches pertinentes sur la privation sensorielle menées à l'Université McGill. Les participations de ces organismes sont examinées tour à tour.

A. Conseil national de recherches (CNR) à titre de prédécesseur du Conseil de recherches médicales (CRM)

Le Conseil national de recherches, par l'entremise de son Comité associé de la recherche médicale, a versé au Dr Cameron une subvention pour la période 1944-1946, afin de lui permettre d'étudier "les aspects psychologiques du retour à la vie civile industrielle" après la Seconde Guerre mondiale. La subvention portait le numéro M.P. 38 et se chiffrait à 3 000 $ pour chacune des deux années.

Cette subvention, de toute évidence, n'a pas de lien pertinent avec les questions examinées dans cet avis.

J'ai découvert une liste (voir l'Annexe 19A) de subventions versées par le CNR pour des recherches en psychiatrie, où l'on peut voir que deux autres subventions ont été accordées au Dr Cameron :

a) nº 290 - Laboratoire du comportement - 4 197 $;

b) nº 217 - Réactions des civils à des désastres dans la collectivité - 650 $

Le montant de la subvention accordée au premier projet est identique à celui versé au Dr Cameron par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, en 1950-1951, pour le projet nº 604-5-14 du MSBS, intitulé "Soutien pour un laboratoire du comportement" (voir plus loin). Je n'ai pu trouver d'autres renseignements sur le projet nº 290 du CNR. D'après les chiffres, je suppose que ou bien le CNR a versé une subvention de contrepartie pour l'année en question, ou bien le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a tout simplement versé l'argent au nom du CNR. Cette subvention n'offre pas d'intérêt particulier pour notre sujet.

Quant à la subvention nº 217 (Réactions des civils à des désastres dans la collectivité), il s'agit de toute évidence d'un

supplément à la subvention du CRD n^{o} 65 versée au D^{r} Cameron (voir plus loin). Encore une fois, les archives ne donnent pas plus d'information, et il s'agit encore là d'une subvention qui ne comporte pas de lien pertinent avec notre sujet.

B. Conseil de recherches pour la défense (CRD)

1) Introduction

Le CRD a été fondé en 1946 à titre d'organe de recherche du ministère de la Défense nationale. Son premier président, le D^{r} Omond Solandt, est demeuré en poste jusqu'en 1957, avant de céder sa place à Adam Hartley Zimmerman Sr. (maintenant décédé). Le CRD avait pour mandat de réaliser lui-même des recherches, de recourir à des sous-traitants pour des éléments précis de travaux de recherche, et de verser des subventions à des chercheurs indépendants, dans des domaines offrant un intérêt particulier pour le secteur militaire. Le CRD ne devait pas s'adonner à la recherche scientifique fondamentale, mais plutôt à la recherche appliquée. Dans cette dernière catégorie entraient notamment la psychiatrie et la psychologie, et particulièrement la recherche de méthodes permettant de tester les capacités des recrues potentielles et du personnel en fonction, afin de déterminer leur aptitude à supporter le stress du combat, ainsi que l'étude de l'effet du stress en général dans les conditions pénibles imposées par une guerre ou une autre situation d'urgence.

2) La Guerre de Corée et le "lavage de cerveau"

Au début des années 1950, on s'inquiétait beaucoup dans les rangs supérieurs des armées du Canada, des États-Unis et de la Grande-Bretagne, des nouvelles techniques de "lavage de cerveau" alors utilisées par les forces communistes pendant la Guerre de Corée. Des soldats de ces trois pays ayant été capturés par l'ennemi étaient parfois soumis à ce traitement, et se trouvaient ainsi forcés de faire des déclarations publiques, ou des "confessions", dans lesquelles ils renonçaient aux croyances et aux valeurs de leur pays et épousaient la cause de l'adversaire. Dans certains cas, aucun moyen physique de coercition ne semblait avoir imposé ce comportement, et souvent les confessions paraissaient faites en toute liberté et sincérité. Des rapports ont plus tard révélé comment ces confessions avaient pu être obtenues; les soldats devaient subir un isolement prolongé, après quoi on les soumettait à une période d'endoctrinement pour leur inculquer les nouvelles croyances. On trouvera l'un de ces rapports à l'Annexe 20. On a alors vraiment craint, dans les pays occidentaux alliés, que les communistes n'aient découvert un moyen nouveau de contrôler l'esprit. On a donc jugé qu'il était essentiel d'en apprendre le maximum sur ces méthodes, afin de prévenir nos troupes contre les techniques communistes et de les exercer, dans la mesure du possible, à résister au lavage de cerveau.

Une réunion à l'échelon supérieur a été tenue à ce sujet à l'hôtel Ritz Carlton de Montréal le 1er juin 1951. Des représentants des organismes de recherche scientifique des forces canadiennes, américaines et britanniques y assistaient. Le Dr Solandt était le principal représentant du Canada. Le Dr Donald O. Hebb, psychologue de l'Université McGill, était également présent et a proposé au groupe que des expériences de "privation sensorielle" soient menées pour voir s'il était possible d'apprendre quelque chose au sujet des techniques de lavage de cerveau des communistes. Le procès-verbal de la réunion du 1er juin 1951 est reproduit à l'Annexe 21; la note manuscrite qui est jointe à ce procès-verbal (trouvée séparément dans des dossiers du CRD) laisse entendre que le commandant Williams, une des personnes présentes, était avec la CIA.

3) Les expériences de privation sensorielle du Dr Donald O. Hebb

Peu après la réunion du 1er juin 1951, le CRD a conclu un contrat (désigné comme le projet X-38) avec le Dr Hebb, en vue de la réalisation de ces "expériences de privation sensorielle". Le but des travaux était d'établir si des périodes prolongées de privation sensorielle réduisent effectivement la capacité du sujet de résister à des croyances nouvelles, contraires à celles qu'il avait précédemment. Les travaux se sont étalés de 1951 à 1955, et 63 étudiants de l'Université McGill y ont participé à titre de volontaires rémunérés.

L'expérience du Dr Hebb consistait à placer ses sujets dans un petit cubicule, à l'abri le plus possible de tout stimulus extérieur. Les avant-bras étaient recouverts de tubes de carton, les mains étaient enveloppées de ouate, le sujet portait des lunettes ne laissant pénétrer qu'une lumière diffuse et était privé de toute stimulation auditive. L'étudiant devait demeurer dans cet état aussi longtemps qu'il en était raisonnablement capable et pouvait abandonner en tout temps. Pendant qu'il était soumis à une telle privation sensorielle, le sujet se voyait offrir la possibilité d'écouter un enregistrement sur gramophone dont le contenu lui était désagréable. Un extrait d'un compte rendu des premiers travaux du Dr Hebb permettra de mieux comprendre :

> (TRADUCTION)
> "Trois enregistrements sur gramophone étaient offerts au sujet, dont tous avaient un contenu désagréable à ce dernier au début de l'expérience : 1) quatre répétitions de 16 mesures de "Home on the Range", 2) un extrait de cinq minutes d'une musique atonale discordante et 3) un extrait d'un texte destiné à de jeunes enfants comportant des explications et des exhortations sur les bienfaits de la pureté de l'âme et les moyens de l'atteindre. Le sujet S pouvait, par un signal, demander d'écouter l'un ou l'autre de ces trois enregistrements. Il a donné, en tout, 42 signaux et a passé en tout 2 heures et 21 minutes à écouter ces enregistrements, sur ses 8½ heures d'éveil. Il n'exprimait pas en général de préférence dans son choix, demandant la plupart du temps les trois enregistrements l'un après l'autre puis, après une pause, la même séquence. Le seul signe de préférence a été exprimé à l'endroit de l'enregistrement 1), soit les mesures répétées de "Home on the Range". Ce sujet est un étudiant d'université, intellectuellement de la catégorie adulte supérieure, et ce genre de contenu ne pouvait d'aucune façon lui être agréable. Comme on l'a mentionné plus haut, les enregistrements lui déplaisaient au départ, et il a

déclaré qu'il les trouvait toujours désagréables à la fin de l'expérience."

Dans un autre cas, le chercheur exposait l'étudiant une déclaration de "propagande" contraire à ses propres croyances, pour voir si l'étudiant en venait à épouser cette idée. Les idées en question étaient très inoffensives, par exemple une croyance dans le compte rendu biblique de la création, ou l'opinion d'un adepte de la tempérance. On trouvera à l'Annexe 22 des copies de quelques documents d'archives du CRD exposant les résultats de cette recherche.
Bien que les travaux du Dr Hebb étaient secrets au départ, il y a longtemps qu'ils ont été déclassifiés. Pendant la plus grande partie de la période au cours de laquelle les travaux se sont déroulés, le Dr Hebb lui-même a constamment imploré le CRD de lui permettre de publier ses résultats. Il croyait que la non-publication des travaux aurait pour effet de créer une fausse impression dans le public au moment où ils finiraient par être divulgués, comme cela ne manquerait pas d'arriver. On trouvera à l'Annexe 23 des documents d'archives, des coupures de presse et des lettres qui montrent bien l'argumentation en cause.

Les conclusions tirées par le Dr Hebb et ses collègues peuvent être énoncées simplement. Les variations de l'environnement sensoriel sont absolument essentielles au bon fonctionnement de l'esprit. Sans elles, le cerveau cesse de fonctionner adéquatement et des anomalies de comportement apparaissent; par

exemple, après peu de temps la personne commence à avoir des hallucinations. En "atténuant la résistance" d'un prisonnier au moyen de techniques d'isolement sensoriel, on peut créer chez lui un état d'esprit qui le rend réceptif à l'implantation d'idées contraires à ses croyances préalables. L'Annexe 24 présente un résumé de trois pages de ces résultats, préparé par le CRD à l'intention du Conseil du Trésor le 3 août 1954.

Le Dr Hebb, décédé en août 1985, était le psychologue canadien le plus réputé, et l'auteur d'un ouvrage qui a fait époque, intitulé "The Organization of Behaviour" (1949). Il était considéré comme un excellent chercheur et une personne généreuse et réfléchie. Il a mené ses recherches en se souciant au plus haut point du bien-être des étudiants volontaires. Je n'ai entendu personne prétendre qu'il y ait eu quelque chose de répréhensible dans ses recherches. Quelqu'un m'a signalé un cas non confirmé de maladie mentale chez un étudiant qui avait participé à l'expérience, mais on semble croire que la maladie se serait développée de toute façon, indépendamment des expériences du Dr Hebb.

Comme l'avait prévu le Dr Hebb, ses travaux ont fini par s'ébruiter et ont fait l'objet de commentaires négatifs dans la presse. En conséquence, le Dr Solandt a dû fournir des explications, puis a exigé que les recherches soient abandonnées progressivement. Les Annexes 23 et 24 fournissent des précisions sur cet aspect de la question.

4) Le lien entre les travaux du Dr Hebb et ceux du Dr Cameron

Les travaux du Dr Hebb sont mentionnés dans cet avis parce que certains rapports des médias, et certains membres du public qui ont écrit au gouvernement pour exprimer leur inquiétude au sujet des travaux du Dr Cameron, ont fait mention des recherches du Dr Hebb en croyant de toute évidence qu'il existait un lien étroit entre les deux. Le Dr Cameron, dont les recherches se déroulaient à un endroit très voisin du lieu de travail du Dr Hebb, était bien sûr au courant du travail de ce dernier et était lui-même intéressé au phénomène de la privation sensorielle sur le plan psychiatrique. Ce fait ressort clairement de la lettre du Dr Hebb du 1er janvier 1953, présentée à l'Annexe 23. C'était le cas également d'autres chercheurs du Allan Memorial, comme le montre la lettre du Dr Cormier, qui fait l'objet de l'Annexe 25. Toutefois, comme on l'a déjà mentionné, les travaux du Dr Hebb et du Dr Cameron ne sont reliés que dans un sens intellectuel; les recherches du Dr Cameron ne constituaient d'aucune façon un prolongement ou un perfectionnement du travail du Dr Hebb. Le Dr Cameron était souvent stimulé par les travaux d'autres scientifiques oeuvrant dans des domaines connexes ou même non apparentés, et la privation sensorielle n'était que l'un des domaines de recherche à l'égard desquels il manifestait de l'intérêt.

Selon certaines personnes que j'ai interrogées, le Dr Hebb lui-même tenait en piètre estime les travaux du Dr Cameron dans

le domaine de la privation sensorielle (de même que ses recherches sur la saturation psychique). De l'avis du Dr Hebb, le Dr Cameron ne connaissait pas suffisamment les principes et les techniques de la recherche scientifique pour bien comprendre comment (si vraiment c'était le cas) les travaux du Dr Hebb en privation sensorielle pouvaient être appliqués au traitement de patients. La question des compétences du Dr Cameron à titre de chercheur scientifique est examinée en détail à la section 5 de ce document.

5) Le financement par le CRD de projets réalisés au Allan Memorial

Le CRD a financé deux projets de recherche du Dr Cameron, mais aucun d'eux n'était relié au traitement des malades mentaux. Les deux projets en question (subventions du CRD nos 65 et 172 respectivement) s'intitulaient "Gestion de la peur et de l'anxiété des civils dans l'éventualité d'un désastre dans la collectivité" (1948-1951) et "Problèmes de comportement dans l'adaptation de l'homme blanc à l'Arctique". Pour une raison importante examinée à la section 5 de cet avis, le président du CRD, le Dr Solandt, a veillé à ce que le Dr Cameron ne fît aucune demande au CRD pour des travaux dans le domaine de la recherche psychiatrique faisant intervenir des patients.

Le CRD a subventionné un nombre considérable d'autres projets de recherche au Allan Memorial, réalisés par des collègues du

D^r Cameron. J'ai examiné dans un même temps un grand nombre de documents d'archives décrivant ces projets, et aucun d'entre eux n'a de lien pertinent avec les questions qui nous intéressent ici. Je n'ai pas jugé nécessaire de chercher plus longtemps des cas de financement de recherches psychiatriques portant sur des patients au Allan Memorial, et ce pour deux raisons : d'abord, pour ce qui est du D^r Cameron, comme on l'a indiqué ci-dessus, le CRD refusait d'examiner toute demande conformément aux instructions du D^r Solandt; ensuite, pour ce qui est des autres chercheurs du Allan Memorial, rien ne me porte à croire qu'ils aient pu demander, ou recevoir, des subventions dans les secteurs d'activité en cause ici (à savoir la déstructuration, la saturation psychique, etc.), qui étaient la spécialité du D^r Cameron.

C. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (MSBS)

1) Introduction

En 1948, le gouvernement fédéral a créé le programme des Subventions nationales à la santé, dont le but était de financer des projets relatifs aux soins de santé dans dix (plus tard, treize) domaines liés à la santé. L'une d'elles était la Subvention à la santé mentale. Les subventions de recherche versées au Allan Memorial par le MSBS au cours de la période examinée (de 1948 à 1964, année où le D^r Cameron a quitté le

Allan Memorial) l'ont été en vertu de cette Subvention à la santé mentale.

Les renseignements de base au sujet du programme des Subventions à la santé nationale sont donnés à la section 4 du présent document.

2) Mode de présentation des demandes dans le cadre de la Subvention à la santé mentale

Pendant toute la période qui nous intéresse, le traitement des demandes en vertu de la Subvention à la santé mentale se déroulait comme suit (voir à l'Annexe 26 diverses notes de service ministérielles et un exemple de formule de demande) :

a) L'établissement (par ex. l'Institut Allan Memorial) devait présenter une demande sous la forme requise par le MSBS, puis soumettre la demande aux autorités provinciales.

b) Les autorités provinciales devaient ensuite signifier leur approbation de la demande en la transmettant au MSBS à Ottawa.

c) Les responsables du MSBS faisaient un examen préliminaire de la demande pour s'assurer en général de la pertinence scientifique et médicale de la recherche proposée, et pour vérifier que toutes les formalités avaient été remplies.

d) La demande était ensuite soumise à deux experts de l'extérieur, spécialisés dans le domaine de recherche proposé. Ceux-ci remettaient au Ministère un commentaire écrit détaillé qui demeurait anonyme en toutes circonstances.

e) Le Sous-comité de la recherche du Comité consultatif de la santé mentale examinait chaque demande pour s'assurer de sa pertinence scientifique et médicale. Le Comité consultatif de la santé mentale était formé d'environ vingt membres. Il comprenait des experts de l'extérieur de la fonction publique, y compris des spécialistes de la psychiatrie, de la psychologie et des domaines connexes. Des fonctionnaires du Ministère faisaient office de président et de secrétaire du comité, de manière à assurer la liaison nécessaire. Le comité assurait donc une certaine forme d'évaluation par les pairs.

f) Le sous-comité faisait part de ses recommandations au comité consultatif, lequel faisait ensuite rapport aux responsables du Ministère.

g) Les responsables du Ministère faisaient ensuite des recommandations au Ministre quant aux subventions à

verser, et les approbations étaient transmises aux provinces.

h) Les responsables provinciaux transmettaient alors l'approbation directement à l'établissement.

3) Subventions versées à l'Institut Allan Memorial

J'aborde maintenant le sujet des subventions versées pour la recherche psychiatrique à l'Institut Allan Memorial et au D^r^ Cameron, en vertu de la Subvention à la santé mentale.

Au début de 1985, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a reçu, en vertu des dispositions sur l'accès à l'information, une requête visant "toutes les lettres et rapports datant des années 1950 à 1964 reliés aux expériences du D^r^ Cameron et de l'Hôpital Allan Memorial dans le cadre du projet MK Ultra, Écologie humaine, Lavage de cerveau, et toute lettre ou rapport adressé à la Central Intelligence Agency (CIA) des États-Unis". En préparant sa réponse, le Ministère a consulté son répertoire principal, qui mentionne neuf projets de recherche psychiatrique pour lesquels le D^r^ Cameron est désigné comme chercheur principal. Le total des fonds versés à l'égard de ces neuf projets s'établit à 495 444,41 $; la liste des projets est donnée à l'Annexe 27. Outre ces neuf projets, j'ai relevé un dixième projet, portant le n^o^ 604-5-433, qui a été entrepris sous la gouverne du D^r^ Cameron et qui a pris fin en 1965 sous la

responsabilité du Dr Davis, après la retraite du Dr Cameron. Ce projet s'intitule "L'effet des psychotropes sur les réponses cérébrales à une stimulation périphérique chez l'homme".

J'ai examiné des dossiers sur huit de ces dix projets. (Il n'existe pas de dossiers relatifs aux deux autres, soit les nos 604-5-104 et 604-5-108, mais d'après leur titre tel qu'il figure à l'Annexe 27, ils ne sont manifestement pas reliés au sujet qui nous occupe.) En examinant ces huit projets, on constate que le Dr Cameron était le chercheur principal pour seulement quatre d'entre eux; en fait, non seulement il n'était pas le chercheur principal dans les autres projets (contrairement à ce qu'indique le répertoire principal du MSBS), mais son nom n'est même pas mentionné dans les dossiers dont on dispose encore à leur sujet. On peut supposer qu'à titre de responsable du Allan Memorial, il signait les demandes initiales sans lui-même être participant.

Sur les quatre projets pour lesquels le Dr Cameron était le chercheur principal, seulement deux nous intéressent ici. (Les deux autres sont le no 604-5-76 "Une étude des effets de l'acide nucléique sur la déficience mnésique chez les personnes âgées" et le no 604-5-76, mentionné ci-dessus). Les deux dossiers pertinents sont les suivants :

a) Projet no 604-5-14 (1950-1954; 17 875,00 $)
Dans le cadre de ce projet, intitulé "Soutien à un laboratoire du comportement", plusieurs expériences

ont été planifiées. L'une d'entre elles consistait à évaluer le déficit mnésique et les difficultés d'apprentissage résultant d'un ou de plusieurs électrochocs. Une autre consistait à filmer des patients devant une toile en damier avant et après un traitement aux électrochocs, en vue de détecter toute différence dans les mouvements. Une troisième expérience permettait d'étudier les effets de l'isolation sensorielle. Une quatrième visait à étudier les techniques de la saturation psychique dans diverses situations : pendant que le patient était sous hypnose, dans un sommeil continu, et lorsque la résistance du patient était réduite au moyen des techniques d'isolement du D^{r} Hebb. Le rapport final présenté au MSBS est reproduit à l'Annexe 28.

b) Projet n^{o} 604-5-432 (1961-1964; 51 860,00 $)
Ce projet est intitulé "Étude des facteurs qui favorisent ou retardent les changements de personnalité chez des sujets exposés à une répétition prolongée de signaux verbaux", c'est-à-dire la saturation psychique. Le sommaire et le rapport final sont présentés à l'Annexe 29. Cette étude a donné lieu à la publication de cinq documents, dont quatre sont reproduits aux Annexes 13, 14, 16 et 17.

Nous allons voir que ces deux projets avaient trait à la saturation psychique, utilisée en association avec la déstructuration, la narcothérapie et l'administration de psychotropes. Comme il est signalé à la section 7, il s'agissait là également des sujets étudiés dans le cadre des travaux réalisés par le Dr Cameron grâce à des fonds de la CIA.

Un commentaire s'impose au sujet d'un des projets à première vue non pertinents, soit le projet nº 604-5-13, intitulé "Études de recherche sur l'électroencéphalographie et l'électro-physiologie". Il s'agissait d'un projet d'envergure réalisé au Allan Memorial principalement par le Dr Lloyd Hisey, psychiatre en chef, Centre d'électroencéphalographie et d'électrophysiologie (1950-1952) et son successeur à compter du 1er juillet 1952, le Dr Charles Shagass. Une bonne partie de ces travaux, qui ont fait l'objet de comptes rendus détaillés dans la littérature scientifique, bénéficiaient du soutien du MSBS et du CRD. Bien que ces études portent sur des aspects particuliers de la recherche en psychiatrie, aucune d'elles n'aborde directement les questions de la déstructuration et de la saturation psychique. Les études ont traité, toutefois, de sujets comme la stimulation photique (utilisation de lumières stroboscopiques)*, la narcothérapie et les effets des électrochocs (voir l'Annexe 30).

---

*Les lumières stroboscopiques, lorsqu'elles clignotent à certaines fréquences, peuvent entraîner des effets apparentés aux convulsions; c'est pourquoi on croyait que la technique pourrait aider à libérer les "voies de transmission cérébrales".

Fait intéressant, la Society for the Investigation of Human Ecology (SIHE), la "couverture" de la CIA (voir la section 7 de cet avis), s'intéressait également au Projet n° 684-5-74, "Une étude de la communication ultraconceptuelle", projet mené de 1959 à 1961 sous la direction de Leonard Rubenstein du Allan Memorial (voir Annexe 31). (Rubenstein collaborait avec le Dr Cameron au projet de la SIHE sur la saturation psychique, portant le nom de code de la CIA "MK Ultra Subproject 68", dont nous parlerons en détail plus loin.) Je n'ai relevé aucune indication permettant de croire que la SIHE ait réellement financé ce projet particulier, mais il est concevable que la CIA ait pu s'intéresser à ce sujet d'étude, qui examinait les moyens par lesquels la voix peut communiquer de l'information à un niveau tant verbal que non verbal et aussi transmettre, consciemment ou inconsciemment, des sentiments qui ou bien s'allient au message verbal, ou bien reflètent la disposition émotionnelle du sujet. Quoi qu'il en soit, ce projet est sans relation avec le sujet qui nous occupe dans cet avis.

Outre celles visant ces dix projets, de nombreuses autres subventions étaient bien sûr versées à d'autres chercheurs du Allan Memorial. Bien que je n'aie pas examiné les archives concernant ces subventions - en fait, un tel examen aurait pris beaucoup plus de temps et aurait exigé un élargissement considérable de mon mandat - j'ai passé en revue la liste du MSBS des projets financés entre 1948 et 1963, et je n'ai aucune raison

de penser que l'un ou l'autre d'entre eux puisse présenter un lien significatif avec le sujet qui nous occupe.

4) Mode de traitement des demandes de subventions du D^r Cameron

Les demandes de subventions du D^r Cameron étaient-elles traitées de la même façon que les autres par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social?

Un certain nombre de personnes que j'ai interrogées avaient assisté à des réunions du Sous-comité de la recherche du Comité consultatif de la santé mentale et se souvenaient d'avoir vu le D^r Cameron présenter des demandes de subventions à la Division de la santé mentale. Toutefois, personne ne se souvenait des détails de ces demandes ni des éventuelles subventions qui avaient pu en découler. Tous ceux à qui j'ai parlé ont exprimé l'avis que les demandes du D^r Cameron avaient sans doute été traitées de la façon normale; si cela n'avait pas été le cas, ils en auraient gardé le souvenir.

En même temps, les personnes que j'ai interrogées admettaient que le D^r Cameron était perçu comme le doyen des psychiatres canadiens. Selon bon nombre d'entre elles, la prééminence du D^r Cameron dans ce domaine, conjuguée à une personnalité forte et dynamique, pourrait bien avoir suscité un certain respect chez ceux qui avaient pour tâche d'évaluer ses demandes. Il ne s'agit

aucunement de laisser entendre que qui que ce soit ait fui ses responsabilités et donné son accord à un projet considéré comme inacceptable d'un point de vue scientifique ou médical, ni de prétendre qu'il y ait eu absence de tout débat intellectuel au moment de l'examen des demandes; en fait, il semble que ce genre de débat était la norme même lorsque des demandes de chercheurs éminents comme le Dr Cameron étaient évaluées. Ce qu'on laisse entendre, c'est que certains membres des groupes d'évaluation étaient peut-être un peu réticents à exprimer des doutes, si effectivement ils en avaient, quant au fondement médical ou scientifique des méthodes exposées dans la proposition. Il faut souligner qu'il n'existe aucune preuve réelle que cela se soit produit; toutefois, la nature humaine étant ce qu'elle est, il est raisonnable de supposer, de l'avis de certaines personnes avec qui je me suis entretenu, que ce genre de respect ait pu se manifester. Bref, rien n'indique que les demandes du Dr Cameron et du Allan Memorial aient pu recevoir de la part du gouvernement et de ses conseillers externes un traitement différent de celui de tout autre requérant.

5) Surveillance de l'avancement de travaux

La Division de la santé mentale avait comme ligne de conduite d'exiger des titulaires de subventions qu'ils soumettent un rapport annuel d'avancement des travaux. En fait les subventions elles-mêmes étaient décernées annuellement, tandis que les projets, le plus souvent, portaient dès le départ sur plusieurs

années. C'est sur la foi de ces rapports annuels d'avancement des travaux que la subvention de l'année suivante était approuvée par le Comité consultatif de la santé mentale.

En outre, le Ministère avait pour pratique d'envoyer des représentants faire des visites occasionnelles aux établissements où les travaux se déroulaient; toutefois, comme la santé relève principalement de la compétence des provinces, les fonctionnaires du Ministère demandaient à leurs homologues provinciaux l'autorisation de faire de telles visites. Cette autorisation était toujours accordée et, à tout le moins au Québec, le travail de surveillance des projets en cours était entièrement effectué par des fonctionnaires fédéraux, et non par la province. Mais ce qu'il importe de noter, c'est que le gouvernement fédéral "préparait le chemin" en vue des visites de ses fonctionnaires aux établissements abritant les titulaires de subventions. Les visiteurs obtenaient également à l'avance l'autorisation de l'établissement concerné; il n'était pas question de "visites surprises". De plus, la visite ne revêtait pas le caractère d'une inspection; il ne s'agissait pas d'une vérification détaillée de nature financière, médicale ou scientifique. Le représentant de la Division de la santé mentale s'informait simplement auprès du chercheur du travail accompli grâce à la subvention, pour être en mesure d'évaluer la demande annuelle de renouvellement et pour s'assurer que la subvention était consacrée, grosso modo, au projet auquel elle était destinée.

En ce qui a trait au Dr Cameron et au Allan Memorial, rien ne permet de croire qu'ils aient été traités différemment des autres pour ce qui est de ces visites annuelles. En fait, il ressort de mes entretiens avec d'anciens fonctionnaires que les visites au Allan Memorial ont peut-être été un peu plus fréquentes qu'ailleurs, soit à cause de la prééminence de cet établissement, soit parce que Montréal était une ville agréable à visiter! Il ne s'agit, toutefois, que d'une impression; ce qui est clair, c'est que rien ne permet de croire que le Allan Memorial n'ait pas reçu de visites ou qu'il ait délibérément fait l'objet de visites additionnelles.

On pourrait se demander comment le système canadien de subventions à la recherche se comparait avec celui d'autres pays. Certains scientifiques étaient certainement d'avis que les organismes de subvention canadiens surveillaient de beaucoup trop près les chercheurs. Le Dr Heinz Lehmann, psychiatre éminent qui dirigeait l'hôpital protestant de Verdun (connu sous le nom de Centre Hospitalier Douglas) le croyait sûrement, comme en fait foi la coupure de presse présentée à l'Annexe 32.

6) Conclusions

En conclusion, je suis d'avis qu'en ce qui a trait à la structure et à l'application de ses méthodes d'attribution des subventions, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a

affiché en tout temps un comportement prudent et professionnel. La pratique consistant à soumettre les demandes à un examen interne attentif, puis à les transmettre à deux experts de l'extérieur spécialisés dans le domaine concerné pour qu'elles fassent l'objet d'un examen et de commentaires anonymes, et enfin à les faire évaluer par le groupe de spécialistes externes qualifiés formant le Comité consultatif de la santé mentale et son Sous-comité de la recherche, démontre à mon avis la bonne foi et la compétence des fonctionnaires responsables.

4. LE CLIMAT DE L'ÉPOQUE

A. Historique du Système de subventions nationales à la santé

Dès 1919, le premier ministre Mackenzie King et son parti avaient pris un engagement en faveur d'une forme de programme national de santé pour le Canada. Toutefois, ce n'est qu'après la Seconde Guerre mondiale que l'idée d'un programme national de santé est enfin apparue réalisable. Le gouvernement se rendait compte que la capacité du pays d'assurer des soins de santé dans toutes les régions devrait être grandement améliorée avant qu'un tel programme puisse être mis sur pied. Il n'y avait tout simplement pas assez d'installations ou de personnel pour satisfaire à la demande qui se manifesterait au moment de l'implantation d'un tel programme et, en outre, la qualité des soins de santé variait énormément d'une région à l'autre.

Pour remédier à ces déficiences, le gouvernement fédéral a eu l'idée de venir en aide aux provinces pour qu'elles puissent étendre et améliorer les services dans certains secteurs de la santé, à titre d'étape préliminaire vers la mise en place ultérieure, d'abord de régimes d'assurance-hospitalisation, et plus tard de l'assurance-santé nationale. En 1948, le gouvernement a institué les Subventions nationales à la santé, dans dix domaines distincts (plus tard, dans treize), par exemple la santé publique, la lutte à la tuberculose, les maladies vénériennes, les enfants handicapés et le cancer. L'une d'entre elles était la Subvention à la santé mentale.

La subvention à la santé mentale avait pour objet d'assurer un soutien à trois types de projets :

a) ceux visant à assurer des services à la collectivité,

b) ceux visant à mieux doter en personnel et en équipements les hôpitaux psychiatriques et les sections psychiatriques des hôpitaux généraux, et

c) ceux visant à assurer une formation au personnel oeuvrant en santé mentale; dans ce type de projet était englobée la recherche psychiatrique.

B. Quelques données pertinentes

Au moment de l'instauration de la Subvention à la santé mentale à la Chambre des Communes le 14 mai 1948, le Premier ministre Mackenzie King a déclaré ce qui suit :

> "Traitement des maladies mentales - Le Gouvernement demandera au Parlement d'autoriser le versement aux provinces d'une subvention analogue en vue du traitement des maladies mentales. Le montant initial de 4 millions augmentera pendant un certain nombre d'années, jusqu'à un maximum de 7 millions par année. On se rendra plus facilement compte de la gravité du problème que présentent les maladies mentales si l'on se rappelle qu'entre le tiers et la moitié de tous les lits d'hôpitaux au Canada sont occupés aujourd'hui par les personnes atteintes de maladies mentales." (Nous soulignons.)

Quelques autres statistiques sont intéressantes à ce sujet :

(TRADUCTION)

- "Les maladies mentales et nerveuses frappent davantage que le cancer, la paralysie infantile et la tuberculose combinées. Quel que soit le moment, dans les régions où les services aux malades mentaux sont pratiquement adéquats, on observe qu'un adulte sur 150 dans la population en général est hospitalisé par suite d'une maladie mentale. (Landis et Page, Mental Health, 1939)."

- "Une personne sur 18 ou 20 passera, dans toute sa vie, un certain temps dans un hôpital psychiatrique."

- "Une personne sur 10 dans la population en général sera handicapée par une forme quelconque de maladie mentale à un certain moment de sa vie."

- "Il y a 50 000 patients dans les hôpitaux psychiatriques au Canada (Bureau fédéral de la statistique)."

L'information qui précède provient d'une note de service datée du 18 janvier 1949, transmise par des fonctionnaires du Ministère à l'honorable Paul Martin, minitre de la Santé (voir copie à l'annexe 33). Les subventions à la recherche figuraient à la rubrique "personnel nécessaire en santé mentale". L'obstacle à l'expansion des services de santé mentale à cette époque était le manque de personnel qualifié. Le but était d'accroître considérablement le nombre de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux, d'infirmières et de travailleurs communautaires dans le domaine de la santé mentale.

C. État de la psychiatrie et progression de la recherche après 1948

La psychiatrie, vers la fin des années 1940 et le début des années 1950, commençait à peine à émerger de l'ère de "l'asile d'aliénés". On entretenait de grands espoirs, sinon un profond désir, chez les médecins, les fonctionnaires et les hommes politiques, pour qu'on trouve un moyen, par des techniques nouvelles comme les électrochocs, l'insulinothérapie, la psychopharmacologie, etc., grâce auxquels on guérirait la maladie, tout en libérant les hôpitaux d'une proportion substantielle de leurs patients et de leurs coûts. La maladie mentale était considérée comme l'une des dernières grandes manifestations de la souffrance humaine à vaincre. Les scientifiques avaient découvert de nouveaux médicaments spectaculaires comme les sulfamides et la pénicilline pour guérir les affections physiques. N'y avait-il rien à faire pour le plus grand des groupes, soit les personnes atteintes de maladie mentale?

Ces éléments ont été évoqués par bon nombre de personnes que j'ai rencontrées au moment de préparer cet avis. Il n'est peut-être pas surprenant, dans ce cas, que dans la conquête du domaine des maladies mentales, où si peu avait été accompli et tant restait à faire, un sens aigu de l'urgence imprégnait les idées de l'époque et incitait fortement à chercher des solutions le plus rapidement possible. Et la clé pour y parvenir était la recherche.

Dans une note de service du Dr Charles A. Roberts, M.D., chef de la Division de la santé mentale, datée du 8 avril 1953 (voir copie à l'Annexe 34), on peut lire ce qui suit :

> (TRADUCTION)
> "Lorsque le Programme des subventions nationales à la santé a été instauré, on se rendait compte qu'il existait un grand besoin de recherche dans l'ensemble du domaine de la santé ... À l'époque, il s'effectuait un peu de recherche par les personnes en formation et par le personnel de l'Université Laval, par le personnel du département de psychiatrie de l'Université McGill, ainsi qu'à l'hôpital psychiatrique de Toronto. Hormis cela, je ne sache pas que des recherches en psychiatrie ou en santé mentale aient été menées au pays à ce moment." (Nous soulignons.)

Par ailleurs, dans un rapport du Dr Roberts au Directeur des études sur l'assurance-santé, daté du 20 août 1953, au sujet des estimations de la Subvention à la santé mentale pour 1954-1955, il est signalé qu'en 1947, à peine plus de 25 000 $ étaient consacrés à la recherche sur les maladies mentales au Canada. En 1948, le chiffre s'établissait à 4 850 $. En 1953, cette valeur était toutefois passée à 461 626 $.

Le Dr Cameron, psychiatre le plus réputé au Canada à l'époque, était frustré par la lenteur des progrès accomplis dans l'élaboration de nouvelles méthodes psychiatriques. Il espérait toujours une perçée spectaculaire; il partageait en cela le sens de l'urgence qui animait à cette époque les chercheurs en psychiatrie. Il était en tête du mouvement de recherche qui s'employait à résoudre les problèmes marquants de la maladie mentale. Par son ambition et le talent avec lequel il obtenait

les subventions, il pouvait se maintenir à l'avant-garde. L'article de journal figurant à l'Annexe 35 permet d'apprécier l'intensité avec laquelle le Dr Cameron défendait la cause de la recherche psychiatrique.

Au moment de la huitième réunion du Comité consultatif de la santé mentale, tenue les 28 février et 1er mars 1955, Les subventions à la recherche en santé mentale décernées par le Ministère avaient atteint environ 500 000 $, sur un total approximatif de 1,6 million de dollars consacrés à la recherche dans l'ensemble du domaine de la santé. La santé mentale accaparait donc une part substantielle du total, tendance qui s'est maintenue par la suite. À la fin de l'année financière 1962-1963, environ 8 millions de dollars avaient été affectés à la recherche en santé mentale depuis 1948, sur un total d'environ 30 millions de dollars pour la recherche médicale, tous domaines confondus.

La progression phénoménale de la recherche psychiatrique que révèlent ces chiffres indique clairement le haut degré de priorité que les fonctionnaires et les hommes politiques de l'époque accordaient aux problèmes de la maladie mentale, et le sens de l'urgence avec lequel eux et les médecins étaient décidés à trouver des solutions. Ce sens de l'urgence m'a été confirmé sans équivoque par l'honorable Paul Martin, ministre de la Santé dans les premières années du programme des Subventions nationales à la santé.

Enfin, pour donner une idée de la nouveauté de la psychiatrie en tant que discipline autonome, on peut citer les dates suivantes d'instauration de différents programmes : université d'Édimbourg, 1912; Londres, 1921; Toronto, 1936; McGill, 1943; American Board of Psychiatric Examiners, 1935; Le Collège des médecins et chirurgiens du Canada - qualification psychiatrique, 1944.

5. PERSONNALITÉ, CARACTÈRE ET ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES DU Dr D. EWEN CAMERON, ET ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE SON TRAVAIL

A. Personnalité, caractère et activités professionnelles

On trouvera à l'annexe 36 une série d'extraits de papiers personnels du Dr Robert A. Cleghorn, psychiatre à l'Institut Allan Memorial de 1946 à 1970, année de sa retraite. En 1964, le Dr Cleghorn a succédé au Dr Cameron à la tête de l'Institut. Ils ont donc été longtemps associés. Ces extraits, qui m'ont été fournis à titre strictement confidentiel par le Dr Cleghorn, constituent la meilleure source d'information directe que j'aie pu voir, à la fois sur le caractère du Dr Cameron lui-même, et sur la nature et la qualité de son travail professionnel.

Plusieurs autres personnes que j'ai interrogées avaient des relations avec le Dr Cameron; ce qui suit reflète non seulement l'opinion du Dr Cleghorn, mais également celle d'autres personnes. Le terme "relations" est bien choisi, parce qu'il semble que personne ne connaissait très bien le Dr Cameron. C'était un homme extrêmement timide et réservé, en dépit de ses

grands talents d'organisateur et de ses nombreuses activités publiques. Ainsi, en dépit du fait qu'ils furent longtemps associés, Cameron n'a jamais appelé le Dr Cleghorn par son prénom. Le nom le plus intime qu'il lui ait jamais donné est "Doc", et seulement en de rares occasions. Le Dr Cleghorn a été invité une seule fois (pour une réception) à l'appartement du Dr Cameron à Montréal. (Citoyen américain, le Dr Cameron avait son domicile au lac Placid, dans l'État de New York à proximité de la frontière du Québec, où il passait apparemment ses fins de semaine.) Il ne semble pas non plus que le Dr Cameron ait été très proche d'autres confrères de travail. Comme le Dr Cleghorn le fait remarquer, il n'y avait pas de second à l'Institut; chaque psychiatre était libre de faire ce qui l'intéressait, comme il le voulait, et par lui-même.

Le Dr Cameron est né en Écosse. Son père, qui était ministre presbytérien, était apparemment un personnage autoritaire, quelque peu distant de lui. Plusieurs personnes à qui j'ai parlé ont mentionné ses antécédents familiaux comme cause possible de certains aspects de sa personnalité : sa grande ambition, son hostilité face à l'autorité, sa détermination à faire ses preuves et à prouver ses idées indépendamment du travail des grands psychiatres du passé : Freud, Jung, Adler, Meyer, etc.

En tant que personne, il était déterminé, dévoré par l'ambition, volontaire et dominant, servi par une personnalité forte et

puissante. Ce n'était pas une personne à qui quiconque pouvait ou voulait se mesurer. Il était beaucoup admiré mais peu aimé; d'une certaine façon, il était presque charismatique.

Il était parfois distant de ses patients comme de ses collègues. Il ne semblait pas capable d'empathie profonde face à leurs problèmes ou à leur situation.

Il est facile de comprendre comment cette personne a pu être dépeinte comme le "savant dément" dans certains médias.

Quoiqu'il en soit, il est clair que Cameron à l'Institut était un être dévoré d'ambition. Il recherchait une gloire personnelle à titre de psychiatre et de figure de bâtisseur dans sa profession. Il voulait créer un grand centre de formation et de recherche en psychiatrie. Au point de vue personnel, il semble qu'il ne voulait que percer les barrières qui entouraient à l'époque la compréhension de la santé mentale et de faire sa marque à l'échelle internationale dans le monde de la recherche.

À titre de psychiatre, il a reçu une formation excellente : voir l'Annexe 5, p. 3 et l'Annexe 36, 1re partie, pp. 109-110. Pour les associations professionnelles, il n'aurait pu faire plus : il fut président de l'Association des psychiatres du Canada, de l'American Psychiatric Association (1953) et, en 1963, premier président de l'Association mondiale de psychiatrie, organisation fondée en bonne partie grâce à ses efforts.

Il a écrit 104 articles et 4 monographies. On peut avoir une idée de la réputation qu'il avait dans sa profession par les avis de retraite et de décès qui sont parus dans les revues professionnelles (annexe 36A). Il est mort en 1967.
Il voulait aider l'humanité dans le domaine qu'il avait choisi, la psychiatrie. Sans être un homme chaleureux, puisqu'il n'entretenait des liens étroits avec personne, ceux qui l'ont connu concluent qu'on ne peut douter de son attachement fondamental au mieux-être de l'humanité par le truchement de la médecine.

Il fut un brillant administrateur et organisateur. Il a créé l'Institut à partir de rien en 1943 et l'a conduit au sommet du succès et de la gloire à la fin des années 1950 et au début des années 1960. Bon professeur, il a cherché résolument à améliorer la qualité et accroître les effectifs des travailleurs en santé mentale au Canada. Lorsqu'il prit l'Institut en charge en 1943, le pays était gravement à court de psychiatres qualifiés. Quand il a pris sa retraite en 1964, il avait établi à l'Université McGill le plus important centre de formation de psychiatres au Canada, en fait un des plus grands du monde. Il a contribué à former plus de 1 000 psychiatres dont bon nombre devaient accéder à la notoriété dans leur profession tant au Canada qu'à l'étranger, dans des postes universitaires et administratifs, ainsi qu'en pratique publique et privée. Pendant le temps qu'il y a passé, l'Institut a attiré à McGill des étudiants doués et

des professeurs remarquables du monde entier, représentant une gamme étendue de méthodes et de théories psychiatriques.
Le Dr Cameron fut un des premiers à défendre, et de façon véhémente, la politique de "porte ouverte" dans le traitement des malades mentaux : il voulait sortir, aux yeux du public, la psychiatrie de l'ère de l'asile d'aliénés, où des "cinglés intraitables", étaient enfermés à peu près pour toujours, pour présenter le traitement de la maladie mentale comme celui de n'importe quelle affection. Il tenait régulièrement des journées "porte ouverte" à l'Institut, au cours desquelles le public était invité à voir le travail qui s'y faisait.

En général, on reconnaît deux écoles de pensée en psychiatrie : l'école psychanalytique ou freudienne, et l'école "physique" qui professait que la maladie mentale pouvait être expliquée et soignée en termes physiques. Cameron était un ardent tenant de cette école. Il ne croyait pas beaucoup à la psychanalyse. Les méthodes psychanalytiques prenaient beaucoup de temps : cela coûtait cher et, surtout, faisait souffrir le patient longtemps avant qu'il puisse être guéri. Les méthodes de Cameron, conformes à l'école physique, étaient conçues pour raccourcir la douleur des patients. Ces méthodes ont échoué. La psychiatrie est encore à la recherche de méthodes efficaces. Cependant, le fait que l'école physique est tombée quelque peu en désuétude depuis 1964, en faveur de l'école analytique, rend plus difficile, aux psychiatres en particulier, d'envisager le

problème dans la perspective des années 1950 et 1960 (comme on doit le faire pour porter un jugement à la fois juridique et moral).

Pour terminer, quelques données sur les rapports qui unissent l'Université McGill, l'Hôpital Royal Victoria et l'Institut Allan Memorial seraient utiles. L'université et le Royal Victoria sont des entités juridiques séparés. Cependant, le Royal Victoria est un des cinq hôpitaux universitaires de la Faculté de médecine de McGill et des membres du personnel de l'hôpital détiennent également des emplois à McGill. L'Allan Memorial est l'aile psychiatrique de cet hôpital et, ici encore, certaines personnes occupent des emplois aux deux endroits.

Pour cette raison, le D^{r} Cameron occupait le poste de directeur et de professeur au département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université McGill. Il était également chef de la psychiatrie au Royal Victoria, et en même temps directeur du Allan Memorial. Il recevait un salaire de l'Université McGill; en outre, il touchait des honoraires de ses clients particuliers. Cependant, puisque l'Allan Memorial est l'aile psychiatrique de l'Hôpital Royal Victoria, il relevait de cet hôpital pour les questions médicales.

B. Évaluation des compétences du Dr Cameron en recherche scientifique

(1) Conclusion générale

Le Dr Cameron n'était pas un bon scientifique. Tout compétent qu'il ait été en médecine, en général, et en psychiatrie, en particulier, il n'était pas un bon chercheur scientifique. Comme de nombreux médecins du temps, en particulier des psychiatres, il ne comprenait pas bien, à la base, la méthode scientifique. Il ne préparait pas sa recherche de façon scientifique, avec des objectifs clairs en vue, et des critères en fonction desquels le résultat de son travail pouvait être mesuré. Il n'étudiait pas assez longtemps le résultat de ses expériences pour voir s'il était durable. Comme de nombreux médecins, son analyse de l'efficacité d'un traitement particulier n'allait souvent pas plus loin que l'observation suivante : "le patient semble aller mieux aujourd'hui". Le Dr J.W. Fisher, chercheur scientifique et détenteur d'un Ph.D. en virologie, a écrit vers 1952 une ébauche de critique (non datée) sur ce sujet alors qu'il était agent à la Division de la santé mentale. Dans cette critique, il examine toutes les demandes de subventions de recherches en santé mentale et tous les rapports d'étapes, en donnant la liste de leurs défauts du point de vue de la méthode scientifique. Cette critique constitue l'Annexe 37. Pour notre propos, son argument le plus important, qui figure à la fin de son résumé, est le suivant :

(TRADUCTION)
"Dans ces jugements, j'insiste pour dire que je ne remet jamais en question l'intégrité du bénéficiaire et de ses collaborateurs, ni ne suppose qu'un bon travail de recherche n'a pas été fait lors d'expériences bien conçues pour fournir des données qui, par une analyse convenable, fourniraient des réponses non équivoques aux questions auxquelles les expérimentateurs voulaient répondre. J'arrive plutôt à la conclusion que la majorité des bénéficiaires ont échoué, pour une raison ou une autre, à justifier l'excellence de leur travail. En considérant tout cela, il me vient à l'esprit les mots de Pasteur : en science expérimentale, c'est toujours une erreur de ne pas douter quand les faits ne nous conduisent pas à affirmer".

(2) Les effets Hawthorne et placebo

Une des grandes faiblesses de la méthode du Dr Cameron a été de ne pas tenir compte de "l'effet Hawthorne" ni de "l'effet placebo".

Le personnel hospitalier qui met à l'essai une nouvelle méthode passe souvent beaucoup plus de temps et déploie beaucoup plus d'efforts avec le patient que lors des traitements courants. Il y a souvent de l'espérance, voire de la fébrilité dans l'air. Le patient semble réellement aller mieux, mais ce phénomène est souvent dû à l'attention supplémentaire dont il est l'objet, plutôt qu'au traitement. En outre, si on dit au patient qu'un nouveau médicament l'aidera, on constate que l'état de ce dernier s'améliore, même si le médicament administré est une substance neutre (un placebo). On note des effets analogues dans d'autres domaines d'activités : si on introduit une nouvelle méthode de gestion du personnel dans un bureau, la productivité s'améliore;

après un certain temps cependant, la "nouvelle" méthode devient routinière et la productivité retombe à la normale. Ces effets Hawthorne et placebo sont bien connus aujourd'hui et sont particulièrement importants chez les malades mentaux, à cause de la nature même de leur maladie. La recherche scientifique moderne permet de les éliminer, par la technique du "double insu" (ni le patient ni la personne administrant le médicament sait s'il s'agit ou non d'un placebo), et par d'autres méthodes.

Le D^{r} Cameron a omis de tenir compte de ces effets dans ses recherches et ses traitements, comme il a omis d'en tenir compte dans l'évaluation des résultats. Les traitements de déstructuration et la saturation psychique nécessitaient des efforts considérables de la part de nombreux professionnels, et mettaient les patients en contact étroit avec le personnel durant plusieurs mois, voire des années, comme on le voit dans la partie soulignée de la citation tirée d'un des articles du D^{r} Cameron, présentée dans la partie 2.E. du présent document.

L'état des patients du D^{r} Cameron semblait réellement s'améliorer mais cela pouvait bien être dû aux effets précités, plutôt qu'aux traitements qu'ils subissaient.

L'évaluation de la déstructuration ordonnée par le D^{r} Cleghorn lorsqu'il remplaça le D^{r} Cameron à la tête du Allan Memorial en 1964, indique que l'effet Hawthorne intervenait

vraisemblablement dans les traitements du Dr Cameron (voir Annexe 38). En bref, cette évaluation révèle qu'en général les malades qui avaient subi une déstructuration n'allaient pas mieux que ceux qui n'en avaient pas subi, après quelques mois ou quelques années (c.-à-d. après que l'effet Hawthorne se soit dissipé). C'est sur la base de cette évaluation que le Dr Cleghorne a interrompu la pratique de la déstructuration au Allan Memorial.

Le Dr Cameron aurait-il dû considérer les effets Hawthorne et placebo dans sa recherche et ses traitements? Oui, s'il avait été un scientifique vraiment rigoureux. Voilà pourquoi j'ai écrit dans la partie 2.H. du présent document que la déstructuration "n'était pas justifiable, même selon les normes de l'époque et à la lumière des connaissances scientifiques et médicales rudimentaires qu'on possédait alors par rapport à aujourd'hui".

Par ailleurs, comme le dit le Dr Cleghorn (Annexe 36, partie II, pp. 37-38) ces effets n'ont pas été universellement connus avant les années 50 et :

> (TRADUCTION)
> "Il a fallu de 20 à 25 ans après 1935 [c.-à-d. 1955 à 1960] avant que la notion de critères de contrôle [permettant entre autre de tenir compte des effets Hawthorne et placebo] ne s'impose en recherche médicale, et plus longtemps encore en psychiatrie, qui avait moins d'attaches que la médecine dans les sciences fondamentales et traînait donc de l'arrière." (nous soulignons)

Si le Dr Cameron est fautif de ne pas avoir pris ces effets en compte dans ses recherches et ses traitements, et pour ne pas avoir fait de longues études de suivi sur ses patients, afin de déterminer si c'était à cause du traitement ou pour une autre raison qu'ils semblaient aller mieux, il n'était pas le seul dans son cas. Ainsi, comme le signale le Dr Cleghorn (Annexe 36, partie II, p. 37), il a fallu attendre vingt ans après le début du traitement à l'insulinothérapie, durant les années 30, avant que les psychiatres se rendent compte que ce traitement était sans valeur pour une gamme étendue de malades : ces derniers se sentaient mieux uniquement parce qu'on leur accordait de l'attention. Quoi qu'il en soit, ce traitement, aussi envahissant que les électrochocs intensifs, et aussi dangereux sinon plus, a encore été en usage au Canada pendant un certain temps après 1960. La médecine et la psychiatrie fournissent de nombreux autres exemples de leur incapacité de tenir compte des effets précités dans les années 1950 et début des années 1960, à une époque où la nécessité d'un contrôle scientifique rigoureux n'était pas aussi bien comprise par la profession médicale, la psychiatrie en particulier, qu'elle l'est aujourd'hui.

C'est pour cette raison que j'ai atténué dans la partie 2.H. la conclusion qui s'y trouve (et que j'ai répété trois paragraphes plus haut) en ajoutant que cette conclusion ne peut être faite que grâce à un éclairage rétrospectif.

3) Toile de fond de la conclusion générale sur les compétences du Dr Cameron en recherche scientifique

La situation envisagée dans la dernière sous-section a changé depuis 1970, mais les lacunes du Dr Cameron à ce propos étaient typiques de la profession médicale, et particulièrement de la psychiatrie, à l'époque (voir les rapports du Dr MacDonald, Annexe 5, pp. 2-3, 6; et du Dr Lowy, annexe 6, p. 6.)

Le Dr Cameron, faible dans sa méthode scientifique et dans ses techniques de recherche scientifique, n'était pas donc pas du tout un cas isolé. La recherche dans les domaines de la médecine n'a pas vraiment commencé avant les années 1930 et il a fallu de 20 à 30 ans avant qu'elle soit pleinement acceptée (voir le point de vue exprimé par le Dr Cleghorn dans l'Annexe 36, 1re partie, p. 111 et 2e partie, p. 27 et 37). En fait, l'examen des travaux de recherche réalisés par d'autres psychiatres à la même époque montre que les qualités scientifiques des travaux du Dr Cameron, bien que faibles, n'étaient pas "moins rigoureuses" ou, à tout le moins, "sensiblement pires" que celles des travaux de ses contemporains en recherche psychiatrique (voir Dr Lowy, Annexe 6, p. 6 et Dr MacDonald, Annexe 5, p. 6). À preuve, le fait que ses travaux étaient largement publiés dans des revues scientifiques et médicales après l'examen de pairs. En outre, dans l'évaluation détaillée faite par le Dr Fisher de la qualité scientifique des programmes de recherche menée jusqu'à cette époque en santé mentale (Annexe 37), les travaux du Dr Cameron, s'ils ne sont pas sans lacunes, ressortent assez bien dans les comparaisons.

Si donc les travaux de recherche du D^r Cameron dans le domaine du traitement massif par électrochocs et de la saturation psychique laissent certainement beaucoup à désirer d'un point de vue scientifique, ces lacunes n'indiquent aucunement en soi que les travaux en question visaient délibérément un objectif autre que le bénéfice du patient. Comme je l'ai expliqué, les médecins que j'ai interrogés et les trois experts que j'ai engagés sont d'avis que le bénéfice du patient était effectivement l'objectif véritable du D^r Cameron, fait qu'ils croient démontré par les écrits professionnels de ce dernier (Annexes 7 à 17).

4) Réserves de psychologues

Il convient de noter ici que certains des psychologues que j'ai interrogés sont plus sceptiques vis-à-vis du D^r Cameron que les médecins. En outre, comme je l'ai noté plus tôt, le D^r Donald O. Hebb doutait également des méthodes et de la compétence scientifique du D^r Cameron. Puisqu'il était formé dans un domaine connexe, et qu'il avait l'avantage supplémentaire de la formation et de l'expérience en matière de méthode et de recherche scientifique, l'attitude du D^r Hebb est peut-être naturelle.

Retenons cependant que, comme dans le cas des médecins, aucun psychologue ne s'est levé pour exprimer son opposition au D^r Cameron à l'époque où il réalisait ses travaux. Je conclus

que ce n'est qu'à partir des connaissances particulières qui découlent de la compréhension de la méthode scientifique et des techniques convenant à la recherche scientifique, et, dans certains cas, de l'avantage de l'éclairage rétrospectif et peut-être à la lumière des allégations faites par les neuf demandeurs aux États-Unis, que ces psychologues sont aujourd'hui plus sévères à l'endroit du Dr Cameron que les médecins.

C. Conclusions sur la qualité du travail du Dr Cameron et sa place dans le contexte de l'époque

Après avoir interrogé trente-et-une personnes engagées ou ayant été engagées dans le domaine de la recherche en santé mentale, et grâce à l'opinion de trois experts indépendants, la conclusion la plus proche de la vérité qui se dégage de tous ces documents est, selon moi, que le Dr Cameron était un homme bon, en ce sens qu'il essayait de faire de son mieux pour ses patients, qu'il était un bon médecin, en ce sens qu'il comprenait assez bien sa spécialité médicale pour la pratiquer, mais que la piètre qualité de ses travaux de recherche scientifique l'ont conduit dans une erreur grave. Ce qui est clair, c'est que si on doutait de l'efficacité de la saturation psychique et de la déstructuration - doutes dont les détails sont traités de façon exhaustive à la fin de ce chapitre - personne n'a soulevé ces doutes à l'époque d'une façon qui aurait donné à penser que les traitements étaient répréhensibles. En particulier, personne - qu'il s'agisse d'un psychiatre, d'un psychologue ou de quelqu'un oeuvrant dans un autre domaine - ayant un lien avec la Division de la santé

mentale du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, ou encore appartenant à un de ces nombreux comités consultatifs externes sur la recherche, n'a exprimé des doutes suffisamment sérieux pour donner à penser que ces subventions n'auraient pas dû être accordées au Dr Cameron à cause de la nature ou de la qualité de son travail.

Il convient également de noter qu'il ne s'agit pas ici "d'expériences" effectuées sur des malades issus d'un milieu défavorisé et forcés de suivre ses traitements ou incapables de s'adresser ailleurs. Le Dr Cameron avait une clientèle très aisée; ses patients étaient pour la plupart soignés par lui de leur plein gré, ayant été adressés par d'autres médecins à clientèle privée, ou psychiatres, qui croyaient reconnaître en lui le psychiatre le plus éminent de l'époque. Le Dr Cameron avait l'habitude d'envoyer régulièrement des rapports écrits à ces médecins, leur expliquant ses méthodes en détail.

Ces faits prouvent la haute estime dans laquelle il était tenu et témoignent du fait que la communauté médicale jugeait en général ses traitements efficaces et appropriés.

À ce propos, il convient de noter deux éléments. D'abord tout en reconnaissant qu'aucun traitement de déstructuration et de saturation psychique de cette nature n'est effectué aujourd'hui et ne pourrait vraisemblablement l'être, compte tenu des normes

actuelles beaucoup plus strictes en matière de recherche et de traitement, il faut considérer néanmoins que des psychiatres croient que certains patients ont réellement bénéficié de ces traitements. Mentionnons le Dr Cleghorn lui-même, qui connaît au moins quelques malades qui, à son avis, en ont profité et ne connaît personnellement aucun patient au sujet duquel il peut affirmer avec certitude qu'il est en moins bonne santé mentale à cause de la déstructuration, qu'il l'aurait été autrement. Le Dr Charles A. Roberts est du même avis. Presque tous les médecins - et certainement les Drs Cleghorn et Roberts - reconnaîtraient cependant que ces procédures suivaient de fausses pistes en recherche et en traitement psychiatriques et que, tout bien considéré, les traitements ne présentaient aucun avantage. Personne en tout cas ne suggère de réutiliser ces techniques à l'heure actuelle, étant donné toutes celles qui existent aujourd'hui (en particulier la psychopharmacologie).

Il convient encore de noter que des méthodes psychiatriques beaucoup plus envahissantes et intensives que celles qui seraient acceptées aujourd'hui l'ont été d'emblée de 1940 au début des années 1960. Ainsi, la thérapie par électrochocs a été appliquée dans les premiers temps sans le bénéfice des myorelaxants, tels que la chlorpromozine et le curare. Ces traitements entraînaient souvent chez le patient des convulsions musculaires d'une rare violence : certains d'entre eux ont même subi des fractures de la colonne. C'est également à cette époque qu'apparurent et se

développèrent la lobotomie et la leucotomie. Ces interventions chirurgicales n'étaient rien de moins que la destruction de certaines parties du cerveau, ce qui avait certainement pour effet de corriger certaines tares mentales du malade, mais détruisait en même temps toute sa personnalité et lui enlevaient ses sentiments. L'insulinothérapie était également un traitement très envahissant et au moins aussi dangereux que les électrochocs intensifs. Certains des nouveaux médicaments expérimentaux, tels que le LSD-25, étaient également très envahissants à cause de leur capacité incroyable de modifier les états mentaux. Dans un manuel qui fait autorité, Kalinowsky et Hoch, 2e édition (1957) la thérapie intensive aux électrochocs est traitée sans commentaire négatif (voir Annexe 38A). Aucun de ces traitements n'est utilisé aujourd'hui, et aucun psychiatre ne recommanderait aujourd'hui qu'ils soient utilisés à nouveau.

En réalité, les traitements massifs aux électrochocs et la saturation psychique ne semblaient pas aussi déplacés durant les années 1950 et le début des années 1960 qu'ils le paraissent aujourd'hui. S'ils n'étaient certainement pas considérés bénins, ces traitements n'étaient cependant pas considérés hors du domaine de l'acceptable, puisqu'ils nécessitaient des envahissements de la même importance que d'autres traitements psychiatriques de l'époque. En fait, étant donné les connaissances psychiatriques de l'époque et les problèmes considérables auxquels les psychiatres faisaient face - des

malades mentaux graves par centaines de milliers et peu d'outils avec lesquels soulager leur douleur et leur détresse - de nombreuses personnes que j'ai interrogées estiment que la profession médicale avait raison d'essayer de nouveaux traitements. Contre ceux du Dr Cameron, pas plus que contre de nombreux autres traitements également envahissants, on ne peut utiliser l'argument qu'aujourd'hui, avec notre compréhension plus poussée du fonctionnement du cerveau et la gamme beaucoup plus vaste de traitements qui sont à notre disposition, ces traitements paraissent barbares.

D. Connaissance de la qualité des recherches du Dr Cameron de la part des fonctionnaires de Santé et Bien-être social

Aucun des fonctionnaires auxquels j'ai parlé ne se rappelle d'avoir entendu un quelconque commentaire négatif, à l'intérieur de la Fonction publique, ou de la part d'examinateurs de l'extérieur, ou encore de la part de comités consultatifs de recherche, au sujet des méthodes ou des traitements utilisés par le Dr Cameron à l'Institut. Si, au moment de la demande de subvention, ils avaient entendu des "rumeurs", ils en auraient discuté et auraient évalué si le projet de recherche en question avait suffisamment de mérite scientifique et médical pour justifier un financement par des organismes d'État.
Il est vrai qu'à cette époque les fonctionnaires et les membres des comités consultatifs n'envisageaient pas parmi leurs responsabilités l'aspect moral des recherches proposées, ou encore la qualité du consentement obtenu de la part des patients

ou des volontaires. Par rapport à l'attitude actuelle, ces responsabilités reposaient beaucoup plus sur les épaules du médecin ou du scientifique qui effectuait les recherches, et beaucoup moins sur l'institut auquel il était attaché ou encore sur l'organisme de financement; on supposait simplement que les gens moraux avaient des agissements moraux. (Cette question est discutée plus amplement à la section 6). Quoi qu'il en soit, les personnes auxquelles j'ai parlé ont toutes émis l'hypothèse que, si on avait craint qu'un projet de recherche ait été inapproprié ou immoral, et à l'encontre du bénéfice thérapeutique du patient, la question aurait certainement été soulevée, soit à l'interne par les examinateurs de l'extérieur, soit par les comités consultatifs de la recherche.

E. Conclusion sur l'efficacité et le bien-fondé des recherches du Dr Cameron et réserves actuelles

Les faits contenus dans les dossiers examinés, le témoignage des personnes que j'ai interrogées et, en particulier, l'opinion de trois experts conduisent tous à la conclusion que les recherches effectuées par le Dr Cameron et ses associés, bien que la plupart des médecins et des scientifiques les considèrent non valables, n'ont pas été effectuées avec une intention mauvaise par le Dr Cameron et ses associés, mais dans celle d'apporter un bénéfice thérapeutique aux patients. Cette conclusion ne règle pas la question morale, qui sera traitée dans la section suivante. Cette conclusion n'est pas non plus unanime.

Plusieurs psychiatres et autres médecins à qui j'ai parlé soit doutaient eux-mêmes du bien-fondé (et en fait de l'efficacité) des recherches du Dr Cameron, soit avaient entendu des doutes formulées par d'autres. Il y a également d'autres personnes qui à l'époque ne mettaient pas ces travaux en doute, et d'autres qui n'avaient alors aucune opinion. Les trois experts que j'ai consultés ont conclu que les méthodes du Dr Cameron étaient acceptables dans le contexte des connaissances et du climat de l'époque, et aucun des autres psychiatres ou médecins à qui j'ai parlé n'ont exprimé une opinion contraire. Je souscris à cette conclusion. J'ai jugé bon d'ajouter, afin que cette opinion soit plus complète, tous les commentaires que j'ai entendus (même les remarques faites en passant par les personnes qui sont d'accord avec cette conclusion) qui pourraient être considérés contraires à celle-ci. Ces commentaires sont les suivants:

1) Dr Omond Solandt - Le Dr Solandt, alors président du Conseil de recherches pour la défense, avait un collègue dont la femme devint cliente du Dr Cameron et subit un traitement de déstructuration. Au bout d'un an, le Dr Cameron l'a simplement renvoyée chez elle et l'a avisée de façon plutôt péremptoire qu'il ne pouvait rien de plus pour elle. Le Dr Solandt et son collègue ont déduit du rapport du Dr Cameron que celui-ci avait déstructuré la patiente mais qu'il était incapable de la restructurer. Le Dr Solandt se mit à douter de l'efficacité des méthodes du Dr Cameron et forma

l'opinion qu'il ne possédait pas les qualités humaines nécessaires pour être considéré comme un bon médecin. Il fit savoir discrètement, par le biais du Dr W.N. Morton (aujourd'hui décédé) alors directeur de la Division de la recherche biologique du CRD qu'il ne considérerait plus favorablement les demandes de subventions présentées par le Dr Cameron en vue d'effectuer des recherches en psychiatrie. (L'Allan Memorial a demandé et obtenu des subventions du CRD, qui sont traitées à la section 3 du présent document, mais ces subventions ne concernaient pas des recherches psychiatriques.)

On suppose que le Dr Morton aurait communiqué ce message au Dr Cameron, de façon peut-être anodine, en lui faisant comprendre qu'il ne lui serait pas très utile de faire des demandes au Conseil parce que celui-ci n'était pas intéressé à des recherches dans son domaine.

Le Dr Solandt n'a pas poussé plus loin, comme par exemple en prenant des mesures officielles, parce qu'il n'était pas psychiatre et parce que sa propre expérience des méthodes du Dr Cameron était d'ordre privé et personnel plutôt qu'objectif et scientifique.

Même si le Dr Solandt n'est pas psychiatre, il est certainement l'un des administrateurs les plus doués dans le domaine de la recherche scientifique et médicale au Canada. Pour cette raison, je considère que ses réserves de l'époque touchant l'efficacité et le bien-fondé des traitements du Dr Cameron justifient une analyse poussée. Cependant, je ne considère pas les réserves du Dr Solandt suffisamment sérieuses pour infléchir mes conclusions concernant la responsabilité juridique ou morale du gouvernement du Canada. Bien qu'il se soit avéré à posteriori que ses intuitions concernant l'efficacité des méthodes du Dr Cameron aient été assez justes, son jugement n'est pas d'ordre scientifique mais plutôt de nature intuitive et personnelle et basé sur (ce qu'il percevait comme) un échec du traitement de déstructuration. Le Dr Cameron lui-même semble reconnaître que le traitement de déstructuration n'était pas efficace dans certains cas; voir (par exemple) les pages 68-69 de l'article présenté à l'Annexe 15 et les papiers du Dr Cleghorn, Annexe 36, partie II, p. 31. À mon avis, l'observation accidentelle et empirique de l'échec éprouvé par un ou plusieurs patients dont l'état ne s'est pas amélioré à la suite d'un traitement médical ne constitue pas une preuve suffisante sur laquelle baser une conclusion, quelque juste qu'elle puisse s'avérer en rétrospective

et tout éminent qu'aie été le témoin, que les méthodes du Dr Cameron étaient inappropriées par rapport aux normes de l'époque. Le Dr Solandt est également de cet avis.

2) Dr Robert A. Cleghorn - On sait bien que le Dr Cleghorn doutait, comme de nombreuses autres personnes à l'époque, de l'efficacité des méthodes en cause. Le Dr Cameron lui-même a mis sur pied un comité au début des années soixante sous la présidence du Dr Cleghorn pour envisager des moyens de limiter les abus d'un membre de l'Institut, qui avait recours aux traitements massifs aux électrochocs presque sans discernement. Finalement, on a mis fin au contrat de cette personne à l'Institut. En 1964, comme on l'a noté précédemment, le Dr Cleghorn a mis sur pied son propre comité pour examiner la déstructuration, lorsqu'il a succédé au Dr Cameron à la direction de l'Institut. À partir de l'analyse des méthodes employées et de l'examen d'un grand nombre de patients qui avaient reçu le traitement, le comité a conclu qu'il avait été inefficace dans les termes suivants (Annexe 38) :

(TRADUCTION)

"Les résultats de notre enquête de suivi indiquent que le taux de rétablissement et l'état clinique actuel des malades qui ont reçu des traitements intensifs aux électrochocs ne se distinguent pas

> de ceux des malades qui ont reçu d'autres formes de traitements...La fréquence des complications physiques et l'anxiété causée chez les malades par des difficultés mnésiques réelles ou imaginaires milite contre l'administration intensive d'électrochocs à titre de méthode thérapeutique courante."

À la suite de cette enquête, le Dr Cleghorn mit fin à l'utilisation de ce traitement au Allen Memorial.

Dans ses papiers personnels, le Dr Cleghorn décrit le traitement comme une (TRADUCTION) "démarche thérapeutique soumise à peu de contrôle, qu'on avait laissé s'emballer" (Annexe 36, partie II, p. 88); dans mes entretiens avec lui cependant, il m'a laissé entendre qu'il considérait dans ce passage l'effet général des traitements sur les patients, avec le bénéfice d'un éclairage rétrospectif, et non l'intention ou l'attitude qu'avait le Dr Cameron lorsqu'il les réalisait. Comme il ressort nettement de ses papiers personnels, le Dr Cleghorn écrit avec un certain style et une certaine perspicacité. Après réflexion, il estime que le passage coloré cité ci-dessus est une exagération, et, comme ces papiers personnels dans leur ensemble (et les discussions que j'ai eues avec lui) laissent entendre, il n'a jamais pensé, que ce soit dans le passé ou à l'heure actuelle, que les travaux du Dr Cameron n'étaient pas corrects sur le plan scientifique ou moral compte tenu des

normes de l'époque. En fait, il conclut que les intentions du Dr Cameron étaient le mieux-être de ses patients et croit même que certains d'entre eux peuvent avoir bénéficié des traitements.

Enfin, à une conférence internationale de psychiatrie en 1966, le Dr Cleghorn est tombé accidentellement sur le Dr Cameron qui lui demanda ce qui advenait de la déstructuration. Quand le Dr Cleghorn lui dit qu'il avait mis fin à ces traitements, l'autre répondit "il me semblait bien, aussi".

En conclusion, mes conversations avec le Dr Cleghorn et ma lecture de ses papiers personnels m'indique clairement que, selon lui, le travail du Dr Cameron était représentatif d'un secteur légitime de recherche, compte tenu de ce que l'on connaissait à l'époque, mais que l'étude de suivi que lui-même entreprit lorsqu'il prit la tête de l'Institut (Annexe 38) lui indiqua clairement que les méthodes du Dr Cameron n'étaient pas efficaces, et il y mit donc fin.

3) Dr F.C. Rhodes Chalke - Le Dr Chalke, anciennement employé du Centre de recherches pour la défense, conférencier au Allan Memorial et plus tard président de l'Association des psychiatres du Canada, avait

certains doutes à l'époque. La famille lui a demandé de prendre comme client la veuve d'un ancien collègue, après qu'elle ait subi sans succès un traitement de déstructuration aux mains du Dr Cameron. La tâche du Dr Chalke consistait à la traiter pour une sérieuse dépression. C'est cette expérience précise qui a fait naître en lui des doutes que lui non plus, toutefois, n'a pas exprimés publiquement, surtout à cause du secret professionnel qui lie un médecin à son client.

4) Dr Charles A. Roberts - Le Dr Roberts a été à la tête de la Division de la santé mentale du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social de 1951 jusqu'à 1957. À titre personnel, il avait certains doutes à l'époque mais s'était abstenu de les exprimer lui aussi, compte tenu de la place prépondérante qu'occupait le Dr Cameron parmi les psychiatres du Canada à l'époque.

5) M. John Osborne - M. Osborne, anciennement économiste au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, n'a pas de formation scientifique ou médicale; il se souvient d'avoir assisté à une réunion du Conseil fédéral de la santé peut-être au cours des années cinquante. Alors qu'il passait dans l'allée de la salle de réunion, il entendit le Dr G.D.W. Cameron

(aujourd'hui décédé), alors sous-ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, dire soit au Dr Charles Roberts soit au Dr Ken Charron (M. Osborne ne peut se rappeler qui), qu'il pensait que le Dr Ewen Cameron du Allan Memorial allait trop loin. Ce n'était qu'une bribe de conversation et M. Osborne n'a jamais poussé plus loin. Ni le Dr Roberts ni le Dr Charron ne se rappellent de cette conversation.

6) Les Drs Craig Mooney et J.W. Fisher

Ces deux personnes m'ont formulé des réserves judicieuses au sujet de la valeur du travail du Dr Cameron. Le Dr Mooney est psychologue, et le Dr Fisher est virologue. À différentes époques, le Dr Mooney a été secrétaire du sous-comité de la recherche du Comité consultatif de la santé mentale de la Division de la santé mentale au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social; il était également à la tête de la section de recherches en personnel de la Section des ressources humaines du Conseil de recherches pour la défense. Le Dr Fisher a examiné personnellement toutes les demandes de subventions en santé mentale reçues à la Division de la santé mentale de 1950 environ à 1956-1957, alors qu'il était agent de recherche à cette division. Leurs réserves touchent au manque de rigueur scientifique des recherches

effectuées. Une discussion plus détaillée des opinions du Dr Fisher apparaît ailleurs dans le présent document. J'insiste à nouveau sur le fait fondamental qu'au cours des années cinquante et au début des années soixante la recherche médicale en général et la psychiatrie en particulier connaissaient mal les méthodes de recherche scientifique, contrairement aux psychologues et autres dont la formation était scientifique.

Dans son témoignage, le Dr Fisher considère la période en question (les années 1950) comme "l'âge de l'expérimentation clinique" durant lequel on essayait assez librement et fréquemment de nouvelles thérapies. Il donne l'exemple des tranquillisants. Ses notes de l'époque ne donnent certainement pas à penser que le travail du Dr Cameron ait été moins adéquat sur le plan scientifique que celui d'autres chercheurs.

7) Sir Aubrey Lewis - Les Dr Lewis et Cameron ont tous les deux fait leur résidence en psychiatrie à l'Université John Hopkins en 1926 sous la direction du Dr Adolf Meyer. Leur relation, assez soutenue sur le plan personnel, est décrite dans les notes du Dr Cleghorn à l'Annexe 36, partie II, pages 85-87. En 1957, alors qu'il était à la tête du célèbre hôpital

> Maudsley de Londres, le Dr Lewis affirma en privé au Dr Cleghorn qu'il considérait les traitements de déstructuration du Dr Cameron "barbares"; par ailleurs, le Dr Cameron a été conférencier spécial invité au Maudsley en 1962, quand le Dr Lewis dirigeait encore cet établissement, invitation qui aurait été hors de question si le Dr Lewis, ou la profession en général, avait eu à l'époque quelque doute que ce soit sur la compétence scientifique et médicale du Dr Cameron ou sur ses principes moraux.

Les observations qui précèdent, en plus de ceux auxquels réfèrent les rapports d'experts des Drs Grunberg, McDonald et Lowy (Annexes 4, 5 et 6) constituent tous les commentaires que j'ai entendus ou lus et qui pourraient mener à une conclusion opposée à celle à laquelle je suis arrivée, c'est-à-dire que le travail de recherche du Dr Cameron n'était pas inapproprié si on tient compte des pratiques, des normes, de l'avancement des connaissances et du climat de l'époque à laquelle ils ont été réalisés. Il convient de noter que la portée générale de ces doutes concernait plus l'efficacité des traitements du Dr Cameron que leur qualité morale.

On comprendra que la conclusion à laquelle j'arrive ne peut être formulée en termes absolus. Bien que tous les médecins auxquels j'ai parlé, y compris les trois experts, soient d'accord avec

cette conclusion, certains psychiatres seraient probablement en désaccord. Ma conclusion sur cette question, l'avant-dernière que j'ai dû traiter, ne fait donc pas l'unanimité. La réponse à la dernière question - la Couronne est-elle responsable légalement ou moralement? - prête encore davantage à controverse. Elle sera considérée dans les sections 9 et 10 du présent avis.

6. CONSIDÉRATIONS MORALES ENTOURANT LA NATURE ET LA QUALITÉ DES TRAVAUX DU Dr CAMERON ET LE CONSENTEMENT DES PATIENTS

L'opinion que j'émets dans la présente section se fonde très largement sur les opinions fournies par les Drs Grunberg, McDonald et Lowy et figurant aux annexes 4, 5 et 6.

A. Normes éthiques régissant la recherche et l'expérimentation médicales

Nous posons comme postulat qu'il ne saurait y avoir de progrès en médecine sans quelque forme "d'expérimentation". Reprenons ici le texte révisé de la DÉCLARATION D'HELSINKI (1975), (TRADUCTION) "Recommandations à l'intention des médecins effectuant des recherches biomédicales chez l'humain" :

> "Les progrès en médecine reposent sur la recherche qui doit ultimement se fonder en partie sur l'expérimentation chez l'humain."

> "Dans le domaine de la recherche biomédicale, une distinction fondamentale doit être établie entre la recherche médicale visant essentiellement des fins diagnostiques ou thérapeutiques pour le patient et la recherche médicale dont l'objet essentiel est purement scientifique et qui ne comporte aucune valeur diagnostique ou thérapeutique directe pour le sujet soumis à la recherche."

La déclaration d'Helsinki a été adoptée par l'Association médicale mondiale en 1964, et révisée en 1975; le groupe de travail sur l'expérimentation chez l'humain du Conseil de recherches médicales du Canada donne cette déclaration comme la plus importante de nombreuses tentatives visant à édicter des normes en recherche biomédicale et comme le document le plus représentatif d'un consensus de la communauté internationale. Vous trouverez à l'Annexe 39 ci-jointe un extrait du rapport n° 6, "Déontologie de l'expérimentation chez l'humain", publié en 1978, et, à l'Annexe C-2 de ce rapport, le texte de la déclaration d'Helsinki.

La question qui se pose, bien sûr, est celle des limites légales et morales auxquelles on doit assujettir ce genre de recherche.

Les idées qui ont cours dans la société sur cette importante question ont évolué considérablement ces dernières années. Il ne s'agit pas seulement ici d'une évolution générale, mais bien de changements précis. En effet, les exigences particulières

auxquelles doivent se plier de nos jours les chercheurs en médecine, pour satisfaire à des normes éthiques sont beaucoup plus explicites maintenant qu'elles l'étaient dans les années 1950 et au début des années 1960. Bien sûr, les scientifiques et les médecins n'ont jamais été justifiés, ni moralement ni légalement, de procéder à des expériences pures sur des humains, c'est-à-dire en soumettant à leur insu des victimes non consentantes à des expériences n'ayant pas pour objet de leur apporter quelque bénéfice. Des expériences ont cependant été menées sur des humaines à d'autres fins telles que l'avancement de la science ou, plus généralement, l'accroissement du savoir médical. Jusqu'à tout récemment cependant, et certainement dans les années 1950 et au début des années 1960, on faisait beaucoup plus confiance à l'intégrité du chercheur qu'on ne le fait de nos jours. Les questions morales étaient carrément laissées aux soins presque exclusifs du chercheur responsable. Pour reprendre les termes utilisés par les D^rs^ Lowy (Annexe 6, p. 10) et Grunberg (Annexe 4, pp. 9-10), on faisait preuve à l'égard du chercheur d'un "paternalisme bénin".

Certes l'établissement (le Allan Memorial dans ce cas) et l'organisme de financement (le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social) conservaient toujours une certaine responsabilité à l'égard des recherches menées, comme le signalent clairement le D^r^ Lowy et le rapport du CRM. Cette

responsabilité, toutefois, a été au mieux vaguement définie jusqu'à la fin des années 1960 et au début des années 1970.

En 1978, après un débat important parmi les professionnels concernés, le Conseil de recherches médicales du Canada émit les lignes directrices reproduites à l'Annexe 39. Dès lors, les chercheurs menant des recherches médicales de nature expérimentale et souhaitant obtenir une subvention CRM ont dû se conformer à ces lignes directrices. Ces dernières tiennent maintenant lieu de normes au Canada, même dans le cas de recherches pour lesquelles le CRM n'est pas l'organisme de financement.

Il est presque certain que les recherches effectuées par le D^{r} Cameron dans les années 1950 et 1960 ne pourraient pas avoir lieu aujourd'hui. Il faudrait tout d'abord que le D^{r} Cameron soumette son projet de recherche à un comité d'examen scientifique du Allan Memorial (ou de l'hôpital Royal Victoria) qui, fort probablement, refuserait de l'approuver pour des motifs scientifiques, le fondement théorique du projet étant peu convaincant et sa méthodologie inadéquate. Il faudrait ensuite que le projet soit examiné par le comité de déontologie, qui réunit habituellement des médecins, des chercheurs et de simples citoyens. Des comités de ce genre n'existaient pas au moment où le D^{r} Cameron effectuait ses recherches. De nos jours, ces

comités, sans fournir de garanties absolues, éliminent dans une large mesure la possibilité qu'un chercheur puisse effectuer des recherches faibles sur le plan scientifique ou moralement contestables. Cette remarque est d'autant plus vraie que de nos jours non seulement le chercheur qui demande une subvention au CRM doit y joindre le certificat d'approbation du comité de déontologie de l'établissement où il travaille, mais les fonctionnaires qui étudient la demande, les examinateurs externes et les membres des comités consultatifs de recherche sont tenus de signaler tout problème éthique pouvant être posé par la recherche proposée. Ils l'étaient également à l'époque, mais on avait alors coutume de faire beaucoup plus confiance à l'intégrité et à la compétence du chercheur. On ne s'attendait à ce que les examinateurs externes signalent des problèmes moraux possibles que dans les cas graves. Et, comme précisé à la section 5, je n'ai rien découvert qui donne à entendre que de tels problèmes aient pu être perçus ou portés à l'attention de l'organisme de financement relativement aux recherches du D^{r} Cameron.

On comprend la différence entre l'époque du Dr Cameron et aujourd'hui en comparant la demande de subvention actuelle et le certificat d'approbation du CRM, (Annexe 40) avec la demande de subvention du projet de santé mentale n° 604-5-433 portant la signature du D^{r} Cameron, (Annexe 41). Ni cette dernière demande

ni la note de service ministérielle sur les subventions de recherche (Annexe 26), ne traite de la question morale.

B. La question du consentement

Passons maintenant à la question du consentement. Dans les années 1950 et au début des années 1960, la pratique consistait à obtenir du patient une formule de consentement général. Les affaires Orlikow et Morrow nous fournissent des exemples de ce genre de formules de consentement obtenues au Allan Memorial. Ces formules, ainsi que celles de deux autres demandeurs (M^me^ Zimmerman et M. Weinstein) dans la poursuite américaine figurent à l'Annexe 42. D'autres renseignements utiles apparaissent à l'Annexe 1A, p. 14.

Les formules de consentement général de ce type étaient, à cette époque-là, vues par tout le monde comme moralement satisfaisantes et légalement suffisantes pour dégager le médecin et l'établissement en cause de toute responsabilité devant la loi.

Les choses ont changé considérablement depuis, et ce en raison de l'adoption de la doctrine du "consentement éclairé", en vertu de laquelle on doit, avant de procéder à des expériences ou de mettre à l'essai des thérapies nouvelles, fournir au patient des explications complètes sur ce qui va se dérouler, sur les effets secondaires vraisemblables, les autres traitements disponibles,

s'il y a lieu, ainsi que les conséquences d'un refus du traitement, etc. (Soulignons ici que les méthodes du Dr Cameron, qui étaient au début expérimentales, du moins dans le cadre de recherches thérapeutiques, en sont venues à être considérées par lui comme courantes. Signalons également que les organismes de financement ne se préoccupent pas davantage aujourd'hui qu'alors de la question du consentement des patients. On se contente de présumer qu'il sera obtenu.)

C. Événements survenus en cette matière après le départ du Dr Cameron du Allan Memorial

Voici quelques événements qui expliquent les changements survenus depuis l'époque du Dr Cameron :

1) L'affaire Halushka : L'affaire Halushka v. University of Saskatchewan et al. (1965), 53 D.L.R. (2d) 436, (Sask. C.A.) a établi clairement la doctrine du consentement éclairé à obtenir des patients soumis à des expériences médicales. Cette doctrine a depuis été développée et élargie.

2) Le mouvement en faveur des droits du patient : Ce mouvement a vu le jour au milieu des années 1960 aux États-Unis, comme en fait foi un article (Annexe 43) paru dans le numéro de septembre 1985 de "Santé mentale

au Canada, périodique publié par Santé et Bien-être social Canada. Cet article retrace l'histoire des droits du patient et du comité de déontologie du Centre hospitalier Douglas de Montréal (autrefois le Verdun Protestant Hospital). Ce comité a été créé en 1966 en réaction à des changements survenus aux États-Unis où le Department of Health, Education and Welfare avait décidé que tout établissement voulant obtenir des subventions de recherche du gouvernement américain devait désormais soumettre son protocole de recherche à un comité de déontologie. Voir aussi Schwartz, "Institutional Review of Medical Research" (1983), J. Legal Med. 143.

3) La déclaration d'Helsinki (page 61 de l'Annexe 39) est parue en version originale en 1964. Le code de déontologie en recherche médicale mis au point à Nuremburg (auquel le Dr Cameron avait travaillé), à la suite des procès qui s'y étaient déroulés, s'est révélé insatisfaisant à cause des nouvelles vues qui se sont mises à avoir cours dans la société sur le contrôle de la recherche biomédicale, d'où la déclaration de 1964.

4) Le Dr Edmund Pellegrino, professeur de médecine et d'humanités médicales à l'Université Georgetown de Washington et directeur du Kennedy Institute of Ethics de la même université, est reconnu comme un expert dans

le domaine de la déontologie médicale. Dans la conférence qu'il prononçait au Killam Memorial de l'Université Dalhousie le 24 octobre 1985, le Dr Pellegrino déclarait que jusqu'à il y a 20 ou 25 ans (soit jusqu'aux années 1960-1965), au cours des 2 500 ans d'histoire de la déontologie médicale, la décision du choix du traitement a toujours été laissée aux soins exclusifs du médecin. C'est lui qui était l'autorité ultime, tant en matière technique que morale, et sa décision n'était pas contestée.

5) La thalidomide : Le désastre de la thalidomide, au début des années 1960, a ouvert les yeux tant du public que de la profession médicale sur les énormes dangers que peuvent poser les nouveaux médicaments (et par extension tous les traitements) s'ils ne sont pas soumis à des essais rigoureux avant d'être utilisés sur des humains. Passé le choc, le public et la profession médicale ont, de part et d'autre, commencé à accorder beaucoup plus d'attention aux effets inconnus des traitements médicaux en général et des médicaments en particulier.

Ces événements et d'autres du même genre ont fait évoluer rapidement et en profondeur les vues de la société. Tous ces événements se sont produits après que le Dr Cameron eut pris sa retraite ou juste à la fin de sa période de travail au Allan

Memorial. Il est difficile maintenant de faire table rase des changements survenus depuis et de faire marche arrière pour considérer la question en tenant compte des idées qui avaient cours pendant les années 1950 et au début des années 1960, mais nous devons y parvenir si nous voulons rendre un jugement valable. Il ne serait pas justifié, ni en droit, ni en morale, d'appliquer les normes qui ont cours de nos jours en matière de consentement et de choix du traitement à des actions posées en toute bonne foi par des personnes qui se conformaient aux lois et au code moral de leur époque.

7. PARTICIPATION DE LA CIA

A. Conclusion générale

Il ne fait aucun doute que la CIA a subventionné des recherches menées au Allan Memorial par le D^r^ Cameron sur la saturation psychique alliée aux autres techniques qui y étaient habituellement associées comme la déstructuration, la narcothérapie, la privation sensorielle et les psychotropes. Les fonds accordés auraient totalité 84 820 $, répartis sur six ans, de 1957 à 1962. (Voir la section H de la déclaration sous serment de John Marks dans la cause Orlikow, en date du 30 avril 1981, à l'Annexe 44; des informations contradictoires apparaissent aux sections G et H quant à la période exacte de financement

accordé et au montant en cause, mais on présumera ici que le financement a véritablement pris fin en 1962 et que la somme susmentionnée est exacte.)

Je n'ai pu, en préparant le présent document, avoir accès aux dossiers secrets de la CIA, mais seulement aux renseignements accessibles au public que j'ai cités en prenant soin d'en préciser la provenance. Je n'ai pas non plus eu accès aux dossiers des patients. À cause de ces limites qui m'ont été imposées, il m'a été impossible d'en arriver à une conclusion sur le rôle (si rôle il y eut) qu'a vraiment joué la CIA comme instigateur des traitements donnés aux patients, et comme organe de direction et de contrôle à l'égard de ces traitements. Aussi toutes les déductions que je puis faire sont-elles nécessairement spéculatives et hypothétiques.

Ce qui est clair toutefois, c'est que les allégations des neuf demandeurs américains concernant les traitements concordent avec la supposition voulant que la CIA n'ait été impliquée que dans le financement, et non au niveau de l'instigation, la direction ou le contrôle des travaux; et que le Dr Cameron se soit contenté d'appliquer des traitements qui, au moment où il présenta une demande de financement à la Society for the Investigation of Human Ecology ("couverture" utilisée par la CIA), étaient devenus

pratique courante pour lui. Cette conclusion se fonde sur une comparaison des traitements que les neuf demandeurs américains prétendent généralement avoir subis et des traitements qui étaient généralement en usage à ce moment-là au Allan Memorial; on comprendra sans peine qu'il est impossible ici, en l'absence des dossiers des patients, de tirer de conclusion sur le bien-fondé de quelque traitement dispensé à l'un ou l'autre des demandeurs en particulier.

Comme il n'est pas nécessaire de faire référence au rôle joué par la CIA pour répondre aux questions qui peuvent se poser concernant ce qui s'est passé au Allan Memorial, on peut dire que la question du rôle de la CIA en est un sens secondaire par rapport aux conclusions exposées dans le reste de cette section. J'ai tout de même jugé important d'en parler, d'une part pour expliquer comment j'en étais arrivé à mes conclusions et d'autre part pour traiter, comme vous me l'aviez demandé, de la question des responsabilités plus larges du gouvernement (c.-à-d. extra-juridiques) - question qui, étant donné l'importance accordée par le public à la participation de la CIA, ne saurait être traitée à fond sans qu'on fasse référence à ce qu'on sait de la participation de la CIA.

B. Le contexte de l'époque

Au cours de la Deuxième Guerre mondiale, les scientifiques du Royaume-Uni, des États-Unis et du Canada ont collaboré sans réserve. De façon assez naturelle, cette collaboration a continué longtemps après la fin de la guerre, et a été renforcée par la participation des trois pays à la guerre de Corée au début des années 1950.

La réunion qui s'est tenue le 1er juin 1951 à l'hôtel Ritz Carlton de Montréal, décrite à la section 3 du présent document, a été le point de départ d'une collaboration des trois pays en matière de recherche psychiatrique reliée à la défense. L'une des retombées directes de cette réunion a été la recherche sur les effets de la privation sensorielle menée à l'Université McGill par le Dr Donald O. Hebb.

C. Entente entre le Canada et les États-Unis

À cette époque, ai-je appris du Dr Solandt, président du Conseil de recherches pour la défense entre 1946 et 1957, il existait entre le CRD (y compris les chelfs d'état-major des services canadiens, qui étaient memres du CRD) et leurs homologues du département de la Défense des E.-U. et les trois services des E.-U. une entente tacite sur la question des recherches secrètes en matière de défense. En vertu de cette entente, ni

l'un ni l'autre gouvernement ne devait financer des recherches secrètes dans l'autre pays. Si (par exemple) le gouvernement américain voulait que certaines recherches soient menées dans un domaine pour lequel il estimait que les meilleures compétences se trouvaient au Canada, il devait en informer le Conseil de recherches pour la défense qui, lui, s'il jugeait que le projet relevait de ses attributions et était recevable à tous autres égards, le financerait lui-même. Les États-Unis n'ont pas remboursé directement le Canada pour les recherches effectuées, mais il y a eu en quelque sorte échange de bons procédés, en ce sens que lorsque le Canada demanderait aux États-Unis d'effectuer certaines recherches en contre-partie de celles qui avaient été faites au Canada, ces recherches seraient effectuées au sud de la frontière et aux frais du gouvernement américain.
Cet arrangement avait pour objet d'éviter que des chercheurs canadiens ne se trouvent tenus au secret à l'égard des résultats de recherches menées pour le compte d'un gouvernement étranger, et soient donc dans l'impossibilité de transmettre les résultats en question à leur propre gouvernement.

Le Dr Solandt a fait savoir qu'à deux autres occasions des organismes gouvernementaux américains ont envisagé ou même essayé de financer des recherches secrètes menées directement au Canada, en contravention de cette entente tacite. Il est difficile de savoir si ces gestes étaient délibérés ou avaient été posés par mégarde. Quoi qu'il en soit, ces plans ou ces tentatives ont été

découverts et les travaux ont été soit interrompus soit poursuivis par le CRD en collaboration avec l'organisme américain pour qui des travaux devaient être effectués au Canada.

J'ai demandé au Dr Solandt si l'entente tacite s'appliquait aussi aux recherches non secrètes financées par des organismes de défense du gouvernement américain. Bien que, strictement parlant, la réponse soit non, le Dr Solandt m'a avoué que le Canada aurait "vu d'un assez mauvais oeil" que des organismes de défense du gouvernement américain essaient "en douce" de financer des recherches sans vérifier auprès du CRD, même s'il ne s'était pas agi de recherches secrètes.

Le Dr Solandt n'avait jamais entendu parler de la Society for the Investigation of Human Ecology non plus que du financement par la CIA de projets de recherches exécutés au Canada ni, plus particulièrement, des travaux du Dr Cameron au Allan Memorial jusqu'à ces toutes dernières années, quand les journaux ont commencé à en parler. S'il avait eu vent de ces subventions au moment où il était à la Fonction publique, il les aurait désapprouvées, même si les recherches du Dr Cameron, n'étant pas secrètes, ne violaient pas l'entente tacite conclue entre les deux gouvernements parce que ce financement allait à l'encontre de l'esprit de l'entente.

À cette époque, comme aujourd'hui d'ailleurs, beaucoup de recherches non secrètes effectuées au Canada étaient, de façon ouverte et attestée, financées par des organismes gouvernementaux américains notamment le bureau du Surgeon General, les forces armées américaines et le National Institutes of Health. Le point important, de l'avis du Dr Solandt, est simplement que la source réelle de financement de ce genre de recherches doit être dévoilée.

D. La Society for the Investigation of Human Ecology (SIHE)

La prochaine question qu'il sied ici d'aborder est celle de la composition et des pratiques de la Society for the Investigation of Human Ecology. Conformément au mandat qu'on m'a confié, je n'ai pas mené d'enquête aux États-Unis. Les idées que j'émets dans les paragraphes qui suivent reposent sur des renseignements auxquels le public a accès et que j'ai tirés, pour la plupart, de dossiers du gouvernement canadien.

La Society for Investigation of Human Ecology Incorporated (la "SIHE") était un organisme de financement de recherches dont le siège était à New York. Cette société a été incorporée en 1955 par le Dr Harold Wolff, neurologue à la Cornell Medical School, et président de ladite société. En 1961, le nom de la société a été changé pour Human Ecology Fund, Inc. Cette nouvelle société

tirait ses fonds de différentes sources "légitimes" et servait en outre de "couverture" à la CIA qui s'en servait pour financer des projets de recherches présentant un intérêt pour elle. La CIA a fermé les portes de cette société en 1965.

Le directeur exécutif de la société était le Colonel James L. Monroe. Son salaire était versé par la CIA, si l'on en croit John Marks, auteur de "Main basse sur les cerveaux : Objectif des services secrets : la manipulation du comportement humain (En traduction aux Ed. Williams-Alta, 1979).

Les documents de la CIA confirment que le projet Cameron devait être suivi de près par Monroe : voir l'Annexe 45, par. 9(2). Le Colonel Monroe a rendu visite au Dr Cameron à Montréal pour voir où en étaient les recherches subventionnées par la CIA (voir la lettre du Colonel Monroe à l'Annexe 45A; voir aussi l'Annexe 44, section E, où Leonard Rubenstein, adjoint du Dr Cameron dans le travail financé par la CIA, déclare qu'il se souvient d'avoir rencontré Monroe). Le Colonel Monroe a déclaré que de 25 à 30 % seulement des fonds de la société provenaient de la CIA (section E, Annexe 44), mais dans un article de journal reproduit dans la même section, le Dr Lawrence Hinkle, ancien directeur de la SIHE, déclare que la plupart des fonds provenaient de la CIA; enfin, dans son livre, Marks évalue ce pourcentage à plus de 90 %.

Quoi qu'il en soit, il est clair, à en juger par les déclarations du gouvernement américain, que la CIA était impliquée dans les recherches du Dr Cameron, et j'ai cru bon, aux fins du présent document, de présumer que tous les fonds provenaient de la CIA. Telle est la conclusion qui semble ressortir des documents de la CIA (Annexe 45B).

Il importe ici de rappeler brièvement le antécédents du programme MK Ultra, important programme de recherche de la CIA sur la modification du comportement, à l'aide notamment de psychotropes et d'autres techniques. La recherche sur la saturation psychique effectuée par le Dr Cameron à l'aide de la subvention de la SIHE était, dans la nomenclature de la CIA, le "MK Ultra Sub-project 38".

E. Demande de subvention du Dr Cameron à la SIHE

Le 21 janvier 1957, le Dr Cameron présentait à la SIHE une demande de subvention de 19 090 $ pour deux ans. Dans cette demande, (Annexe 18), il est fait mention des méthodes psychiatriques examinées ici. Il ressort clairement et de cette demande et de la littérature scientifique que le Dr Cameron avait certainement mis au point et commencé à utiliser les techniques de destructuration et de saturation psychique quelques années avant de présenter sa demande à la SIHE. Dans sa demande, le

Dr Cameron indique que le "premier objectif" des recherches menées pour le compte de la SIHE est d'améliorer la technique de la saturation psychique. Il y mentionne aussi le recours à des substances spécifiques, dont le curare, pour "immobiliser le patient" pendant les traitements. Enfin, il y signale aussi l'utilisation de LSD 25 pour "détruire les schèmes de comportement existants". Le "deuxième objectif" mentionné est de mesurer la possibilité de modifier certaines fonctions physiologiques par la répétition de messages verbaux. La première demande présentée par le Dr Cameron a été acceptée, puis la subvention a été renouvelée pour deux autres années. Dansl'ensemble, comme nous l'avons déjà mentionné, le Dr Cameron a reçu 84 820 $ (ou plutôt l'Institut Allan Memorial, le Dr Cameron ayant précisé dans sa demande qu'aucune rémunération ne devait être prévue pour lui).

Il importe de signaler ici qu'à une exception près aucune des personnes avec qui je me suis entretenu n'avait jamais entendu parler de la SIHE ou de subventions versées par la CIA pour des recherches menées au Canada, en particulier de recherches menées au Allan Memorial, avant qu'il n'en soit question dans les journaux à la fin des années 1970 et au début des années 1980. Une personne, le Dr Ruth Elliot, s'est vu demander, à McGill au cours des années cinquante, par des personnes dont elle ne se souvient pas, si elle avait entendu dire que les recherches du

Dr Cameron étaient financées par la CIA. Elle n'avait pas entendu de telles rumeurs.

F. La position du gouvernement américain

Tout en reconnaissant qu'une subvention a été accordée au Allan Memorial par la SIHE et que la CIA jouait un rôle dans cette société, le gouvernement américain affirme que la CIA n'a rien fait de plus que financer un programme de recherches en cours. Les autorités américaines nient que la CIA ait de quelque façon été à l'origine des travaux du Dr Cameron, les ait contrôlés ou orientés. Tout ce qu'on voulait, c'était que le programme de recherche fût mené à bien et obtenir les résultats. Une note à ce sujet provenant de l'ambassade des États-Unis constitue l'Annexe 48.

G. La CIA et les activités de recherche du Dr Cameron

La question qui vient ensuite à l'esprit concerne l'action qu'a pu exercer la CIA sur les recherches du Dr Cameron. Les a-t-elle dirigées, contrôlées ou orientées de telle façon que les traitements administrés aux patients n'avaient pas pour objet leur bénéfice, mais leur étaient dispensés à titre purement expérimental, à leur insu et contre leur gré?

Avant d'essayer de répondre à cette question, on doit se demander si le Dr Cameron savait que la CIA était derrière la subvention accordée par la SIHE?

Tout d'abord, je n'ai trouvé aucun élément de preuve qui permette d'affirmer que les intentions du Dr Cameron étaient telles que susmentionnées. On pourrait soutenir que le seul fait qu'il ait appliqué des méthodes aussi envahissantes et violentes constitue une preuve évidente de ses intentions, étant donné surtout que ses méthodes ne se sont pas révélées efficaces. Mais on pourrait, en se fondant les mêmes données, soutenir tout aussi bien que les méthodes appliquées par le Dr Cameron avaient pour objet d'aider les patients. Le fait que ces méthodes n'aient pas donné les résultats escomptés ne prouve aucunement que l'objet visé avait quelque chose de machiavélique : il y a toujours eu et il y aura toujours des erreurs de parcours en recherche médicale, des cas où la mise à l'essai de nouvelles techniques aboutit à un échec. On pourrait en outre invoquer encore le même argument pour affirmer que la CIA n'avait pas d'autre intention que de soutenir un programme de recherches en cours dans un domaine d'intérêt pour elle. Il est facile de comprendre pourquoi les recherches effectuées par le Dr Cameron sur les techniques de saturation psychique pouvaient intéresser la CIA quand on connaît l'existence du programme MK Ultra, même si ces recherches n'étaient ni contrôlées ni dirigées par la CIA.

En second lieu, tous les membres de la profession médicale avec qui je me suis entretenu, comme à peu près tous les autres à qui j'ai eu l'occasion de parler, doutaient fortement que les intentions du Dr Cameron aient pu être répréhensibles.

En troisième lieu, la preuve indirecte me semble indiquer qu'il est peu probable que la CIA ait exercé un contrôle sur les recherches du Dr Cameron. Voici les observations qui militent en faveur de cette conclusion :

1) Il est difficile de croire qu'un agent de la CIA résolu à faire des expériences de "lavage de cerveau" sur des victimes non consentantes et non informées aurait pu cacher ses excès et ses desseins ultimes aux autres psychiatres, ainsi qu'aux infirmières et au reste du personnel du Allan Memorial.

2) Tous les traitements controversés - déstructuration, saturation psychique, privation sensorielle, narco-thérapie et psychopharmacologie - étaient en fait utilisées par Cameron longtemps avant l'entrée en scène de la CIA. La demande présentée à la SIHE portait sur des recherches n'ayant d'autre objet que d'améliorer les méthodes existantes de saturation psychique. Cela ressort clairement de la demande du Dr Cameron à la SIHE

(Annexe 18) ainsi que des textes scientifiques publiés par le Dr Cameron. En fait, au moins un des neuf demandeurs américains (M. Robert Logie) semble avoir été hospitalisé au Allan Memorial et avoir obtenu son congé avant que le Dr Cameron ne demande de subvention à la SIHE (Sunday Star, 18 août 1985).

3) Non seulement ces techniques étaient-elles largement utilisées, mais il en était largement question tant dans les revues scientifiques et médicales que dans la presse non spécialisée. Cameron n'a jamais essayé de garder ses travaux secrets; en fait, il en faisait étalage : voir, par exemple, l'article de journal reproduit à l'Annexe 48A. Il jugeait important de faire connaître ses travaux au grand public de façon à valoriser l'institut pour lequel il travaillait et la psychiatrie en général. À mon sens, un émissaire de la CIA serait demeuré plus discret.

4) Dans au moins trois des textes qu'il a publiés, Cameron reconnaît avoir reçu une subvention de la SIHE pour ses travaux (Annexes 9, 11 et 14); il semble peu probable qu'il aurait ainsi avoué publiquement d'où provenaient les fonds s'il avait su que c'était en fait la CIA qui finançait son projet. Qui plus est, la SIHE a elle

aussi mentionné publiquement les travaux du Dr Cameron sur la saturation psychique : voir l'Annexe 44, section G. (En revanche, on pourrait soutenir que ces déclarations publiques concernant la source de financement faisaient partie de la "couverture").

5) En fait, le Dr Cameron a mis un terme à ce qu'il considérait comme un recours excessif aux électrochocs intensifs par l'un de ses adjoints. Ce fait est soulevé par le Dr Cleghorn à l'Annexe 36, partie II, p. 71 et pp. 88-89. Il me semble peu plausible qu'un chercheur dont le but aurait été de détruire le cerveau de patients de façon à pouvoir transmettre en secret le résultat de ses recherches à la CIA aurait été dérangé par les pratiques excessives d'un collègue psychiatre travaillant à ses côtés au Allan Memorial.

6) Au moins deux travaux de recherche pour lesquels le Dr Cameron avait obtenu des fonds de Santé et Bien-être social Canada, soit les n° 604-5-14 (1950-1954; 17 875 $) et 604-5-432 (1961-1964; 51 860 $), portaient sur le même sujet que les recherches subventionnées par la SIHE. L'un de ces deux projets est venu à terme trois ans avant la demande à la SIHE; le second commençait au moment où le travail financé par la SIHE

prenait fin. Ces faits donnent à entendre que ce travail n'était qu'un élément d'un programme recherche en cours sur de nouvelles méthodes en psychiatrie.

7) Plusieurs documents donnent à entendre que le Dr Cameron ne savait pas que la CIA était impliquée :

a) Le document interne de la CIA (Annexe 45) mentionne ce qui suit :

(TRADUCTION)
"9. Comme l'université McGill se trouve au Canada, certaines précautions s'imposent à des fins de sécurité :

1) Le Dr Cameron, principal chercheur, et les membres de son personnel doivent ignorer complètement la participation du gouvernement américain.

2) Le colonel James Monroe, membre du personnel de la société, suivra de près l'évolution des travaux.

3) Aucun membre de l'Agence ne doit, sous aucun prétexte, entrer en contact avec le Dr Cameron ou des membres de son personnel, ni leur rendre visite ou discuter avec eux du projet.

4) S'il se révèle nécessaire que des membres du personnel de l'Agence communiquent avec le Dr Cameron ou des membres de son personnel, la question devra d'abord être soumise au bureau de la sécurité ainsi qu'au service responsable de l'évaluation et de l'orientation du personnel concerné, qui détermineront la marche à suivre." (Nous soulignons)

b) John Marks, dans son ouvrage intitulé en traduction "Main basse sur les cerveaux, objectif des services secrets : la manipulation du comportement humain", édition Williams Alta, 1979, affirme, dans une note explicative au bas de la page 182 :

> "Cameron lui-même ignorait peut-être que l'Agence était à la source d'autres fonds versés par l'entremise de la Society for the Investigation of Human Ecology. Selon un document de la CIA, il ignorait tout de ces subsides inaugurés en 1957, et il est impossible de dire s'il en eut jamais connaissance."

Le Chapitre 8 de l'ouvrage de Marks, où il est abondamment question des travaux du Dr Cameron, est reproduit à l'Annexe 46. La demande présentée par Marks en vertu de la loi américaine sur l'accès à l'information a été à l'origine dans une large mesure de l'intérêt qu'a ensuite accordée la presse à toute cette affaire.

c) Dans un témoignage qu'il faisait le 3 août 1977 devant le Sénat américain, M. John Gittinger, psychologue ayant autrefois travaillé pour le compte de la CIA, déclarait (voir l'Annexe 44, section F) ce qui suit :

(TRADUCTION)
"C'est l'Agence, effectivement, qui fournissait les fonds. Elle ne dirigeait pas les projets. En fait, beaucoup de gens ont en toute innocence reçu des fonds de la Society for the Investigation of Human Ecology sans qu'il ne leur ait jamais été demandé de faire quoi que ce soit pour la CIA, mais ils ont travaillé pour elle indirectement. Ils ne savaient pas, cependant, que les fonds qu'ils obtenaient provenaient de la CIA.

Je dirais qu'on a agi sans réfléchir. Il était vraiment stupide d'accorder des fonds de la CIA à des travaux menés à l'extérieur des États-Unis. Je peux affirmer catégoriquement qu'à ma connaissance tous les gens qui ont obtenu des fonds par le biais de la Society for the Investigation of Human Ecology ne savaient pas, et cela est malheureux, que l'argent provenait de la CIA et jamais on ne leur a demandé, comme tel, de faire quoi que ce soit pour la CIA."

d) Le gouvernement américain a déclaré que les éléments de preuve réunis indiquent que le Dr Cameron et son personnel ne savaient pas que la CIA était impliquée (Annexe 48).

e) Leonard Rubenstein, collègue du Dr Cameron travaillant aux recherches financées par la SIHE, a déclaré n'avoir été au courant d'aucun lien avec la CIA (Annexe 44, section E).

f) Une note de service du ministère des Affaires extérieures, en date du 1er mars 1984, laisse entendre qu'une personne (dont on ne révèle pas le nom, mais qui serait présumément un collègue du

D^{r} Cameron) n'était pas au courant de la participation de la CIA (Annexe 47).

En revanche, à l'émission "Fifth Estate" de la CBC, M. James Turner, associé de M. Joseph L. Rauh, avocat américain des neuf demandeurs canadiens qui ont intenté des poursuites contre la CIA, affirme que M. Gittinger a demandé à un représentant de la CIA de téléphoner au D^{r} Cameron au Allan Memorial pour l'inviter à demander une subvention à la SIHE, l'informant par la même occasion que les fonds proviendraient de la CIA. Bien sûr, je n'ai pas vu sur quoi se fondait M. Turner pour faire cette affirmation que je ne peux, en conséquence, ni attester ni réfuter.

Certes, on peut concevoir dans l'abstrait que le D^{r} Cameron était, à la base, un savant dément procédant à des expériences sur des victimes non consentantes et non informées, à des fins autres que le bénéfice ultime des patients et sur l'ordre d'une tierce partie telle que la CIA. À mon avis, cependant, cette conclusion est peu vraisemblable, pour tous les motifs déjà invoqués.

À mon avis, il est plus vraisemblable que la CIA n'était intéressée qu'à "acheter les résultats" de recherches en cours sur lesquelles elle n'exerçait aucun contrôle ni aucune direction. Ces déductions que je fais trouvent un appui dans

l'opinion qu'a émise l'ancien président de McGill, le Dr Bell, grâce à qui on a pu, en 1979, connaître la perspective de l'université sur toute cette affaire (voir l'Annexe 48B).

Enfin, on peut se demander si le fait que le Dr Cameron ait été au courant ou non de ce que la CIA était derrière la SIHE change quoi que ce soit à l'affaire. Dans le climat de la guerre froide de la fin des années 1950, accepter une subvention de recherche des services secrets d'un pays ami n'éveillait pas l'idée d'un sombre complot comme de nos jours. La CIA n'était pas alors la cible d'autant de reproches quant à ses méthodes que maintenant. Si, donc, Cameron était au courant du rôle joué par la CIA, ce fait seul ne prouve pas, à mon sens, qu'il y a eu intention répréhensible. Comme beaucoup de scientifiques, le Dr Cameron pouvait accepter une subvention, quelle qu'en soit la source, sans que cela porte atteinte à sa réputation. L'Annexe 47 traite de cette question. Étant donné le climat qui régnait à l'époque, on peut conclure que le Dr Cameron jugeait qu'il n'y avait pas de mal à accepter de l'argent provenant de la CIA, qu'il l'a accepté en toute bonne foi, et qu'il faudrait, pour prouver qu'il y a eu faute de sa part, établir que le Dr Cameron avait de plus consenti à mener en secret des expériences non thérapeutiques sur le psychisme de victimes non consentantes et non informées, et qu'il a effectivement mené des expériences secrètes.

H. Conclusions

Si les déductions faites dans les deux paragraphes ci-dessus sont exactes, il s'ensuit que toute la question du rôle joué par la CIA est hors de propos, aux fins du moins du présent document. Il ne s'agit pas ici de déterminer si la CIA a effectivement financé des recherches au Allan Memorial, mais bien de déterminer si les travaux du Dr Cameron étaient irréprochables ou non, et si le gouvernement canadien, qui est l'une des sources de financement de l'Institut, a une part de responsabilité dans cette affaire, advenant qu'il soit établi que les recherches faites au Allan Memorial étaient répréhensibles.

Il n'en demeure pas moins, j'en suis bien conscient, que le fait que la CIA ait fourni des fonds à un organisme canadien soulève des questions extrêmement graves sur la violation de la souveraineté du Canada par un gouvernement étranger. Néanmoins, si importantes que soient ces questions, elles n'en demeurent pas moins des sujets de préoccupation distincts qu'il ne faudrait pas confondre avec le sujet traité ici.

Je n'ai donc pas, respectant à cela mon mandat, traité de la question de la souveraineté.

Mes conclusions, je le répète, ne se fondent pas sur des renseignements secrets de la CIA que le gouvernement américain aurait en sa possession, mais seulement sur les renseignements accessibles au public que j'ai déjà mentionnés. En conséquence, mes déductions concernant les liens entre le Dr Cameron et la CIA sont spéculatives et hypothétiques et pourraient fort bien devoir être modifiées si le gouvernement canadien relevait la proposition qui lui a été faite par le Secrétaire d'État américain et demandait à des fonctionnaires canadiens d'examiner les dossiers de la CIA, ou si d'autres informations se faisaient jour en provenance de sources américaines ou canadiennes. (On pourra même prétendre que la note de service interne de la CIA, en date du 31 octobre 1978, adressée à Robert H. Wiltse par le conseiller juridique de cette agence, et figurant à l'Annexe 48C, mène à une conclusion opposée à la mienne; toutefois, ce document, considéré isolément, n'a à mon avis aucun poids réel.)

8. LES AFFAIRES ORLIKOW ET MORROW

Mme Velma Orlikow et le Dr Mary Morrow, deux des demandeurs dans l'action américaine, ont également intenté des poursuites au Québec au sujet des traitements qui leur avaient été administrés à l'Institut Allan Memorial. Le résumé de ces deux affaires figure aux Annexes 49 et 50 respectivement.

A. L'affaire Orlikow

M^me^ Orlikow a intenté son action en avril 1979 et le litige a été réglé à l'amiable après l'enquête mais avant que le tribunal rende sa décision. D'après les comptes rendus des médias, on se serait entendu sur la somme de 50 000 $, correspondant au montant versé par M^me^ Orlikow au Allan Memorial, à titre de frais.

Il ressort clairement de la preuve que M^me^ Orlikow était gravement malade depuis 1951. Elle avait été traitée avec très peu de succès par plusieurs médecins, notamment à la clinique Mayo. Parmi les traitements qu'elle avait reçus, citons la psychothérapie, la sismothérapie et des psychotropes, en particulier le Largactil. C'est en novembre 1956 qu'elle est venue consulter le D^r^ Cameron, sur la recommandation de son médecin à Winnipeg. Elle est demeurée sa patiente jusqu'en mai 1964, de manière intermittente. Après que le D^r^ Cameron eut quitté le Allan Memorial en 1964 pour prendre sa retraite, M^me^ Orlikow a continué à lui rendre visite à sa maison au lac Placid. Elle prétend avoir été soumise à divers traitements pendant les périodes où le D^r^ Cameron la soignait : déstructuration, privation sensorielle, saturation psychique et chimiothérapie psychotrope, avec administration notamment de LSD, d'amobarbital sodique, de Desoxyn et de Largactil.

L'expertise psychiatrique présentée lors du procès est contradictoire. D'après l'expert de M^me^ Orlikow, le D^r^ Paul-Hus, les traitements administrés par le D^r^ Cameron étaient "très inhabituels" et revêtaient un caractère expérimental. Quant au D^r^ Alan Mann, l'expert de la défenderesse, il estimait que d'une manière générale, la saturation psychique et les électrochocs, tels qu'on les avait appliqués, étaient inefficaces, mais il a précisé que les deux techniques (soit le passage de messages enregistrés et l'électroconvulsivothérapie) étaient encore utilisées de nos jours, bien que de façon différente. Selon lui, il fallait tenir compte du fait que les connaissances en matière de traitement des maladies mentales dans les années cinquante et au début des années soixante étaient loin d'être ce qu'elles sont aujourd'hui; les traitements en cause devaient donc être appréciés à la lumière de la science de l'époque et du vif désir, chez le D^r^ Cameron, de vaincre la souffrance des patients atteints de maladies mentales.

Aucune décision n'ayant été rendue par le tribunal sur les questions de fait soulevées dans l'affaire Orlikow, il est difficile, voire impossible d'en tirer des conclusions et je n'en ai effectivement tiré aucune pour la rédaction du présent avis.

B. L'affaire Morrow

Le Dr Mary Morrow est un psychiatre qui avait déjà travaillé au service du Dr Cameron au Allan Memorial et l'avait aidé à administrer des traitements de déstructuration aux patients soignés dans cet établissement. En 1960, elle devient elle-même une patiente du Dr Cameron et subit des électrochocs en vue d'une déstructuration. Elle intente en 1967 une action en dommages-intérêts contre l'hôpital Royal Victoria et la succession du Dr Cameron, qui sera rejetée en 1978 par la Cour supérieure du Québec.

Or en janvier 1985, la Cour d'appel du Québec autorisait le Dr Morrow à rouvrir l'affaire pour produire de nouvelles preuves qui n'étaient pas disponibles à l'époque du premier procès, concernant les fonds que la CIA aurait versés à Cameron pour qu'il soumette des patients au lavage de cerveau. Ces preuves ont été présentées au greffier de la Cour. Il semble toutefois que l'appel fondé sur ce nouvel élément de preuve ne sera pas entendu avant dix-huit mois.

Le tribunal de première instance a conclu que le Dr Cameron n'avait accompli aucun acte répréhensible, que les électrochocs intensifs étaient une pratique normale à l'époque et que le Dr Morrow avait pleinement consenti aux traitements.

Étant donné la solide décision du juge Bourgeois, de la Cour supérieure du Québec, rendue après l'audition de nombreux experts (en particulier le Dr Robert Cleghorn qui, incidemment, avait été cité par la demanderesse mais dont le témoignage était grandement favorable à la défenderesse), je conclus que ce jugement fait jurisprudence, du moins en ce qui a trait à la thérapie des électrochocs intensifs et jusqu'à ce que la Cour d'appel du Québec se prononce dans cette affaire. Comme les nouvelles preuves produites l'an dernier au sujet du financement par la CIA des recherches du Dr Cameron sont privilégiées, je n'ai pas eu l'occasion de les examiner. Il m'est donc impossible de prédire quelle sera la décision de la Cour d'appel. Selon la nature du jugement et les preuves sur lesquelles il sera fondé, il pourrait bien s'agir d'un précédent très important, tant sur la question de la thérapie des électrochocs intensifs que sur les conclusions devant être tirées quant à la participation de la CIA au financement de l'Institut Allan Memorial.

9. PRINCIPES JURIDIQUES APPLICABLES DANS LA PRÉSENTE AFFAIRE ET CONCLUSIONS

A. Hypothèse de base

On trouvera à l'Annexe 51 une analyse complète de la jurisprudence, de la doctrine et des principes juridiques pertinents, ainsi que mes conclusions. Celles-ci reposent sur l'hypothèse

qu'un éventuel demandeur pourrait établir le caractère délictuel de la conduite du Dr Cameron. À mon avis, cette hypothèse est mal fondée. On peut avoir certains doutes à cet égard et la question (comme je l'ai expliqué dans la section 5) prêterait à la controverse dans les milieux psychiatriques, mais à mon sens, la prépondérance de la preuve et la jurisprudence indiquent qu'aucune responsabilité délictuelle ne serait retenue en cas de procès. En affirmant cela, je suppose bien entendu qu'un tel procès porterait sur la question de savoir si les pratiques de Cameron étaient en soi répréhensibles au regard du climat et des connaissances de l'époque, et non sur celle de savoir si les traitements spécifiques administrés à un patient donné étaient appropriés ou, dans l'affirmative, s'ils ont été administrés correctement ou d'une manière imprudente.

Je suis arrivé à cette conclusion en m'appuyant sur les avis des Drs Grunberg, McDonald et Lowy, ainsi que sur l'analyse factuelle décrite dans les parties précédentes du présent avis.

Si l'on présume que cette analyse est bien fondée et que, partant, un éventuel demandeur ne serait pas en mesure d'établir la responsabilité juridique du Allan Memorial, de la succession du Dr Cameron ou de quelque autre personne ayant participé à l'administration des traitements, il s'ensuit à plus forte raison qu'aucune responsabilité juridique ne pourrait être établie contre la Couronne.

B. Analyse juridique

À supposer, toutefois, que mon analyse soit mal fondée et qu'un éventuel demandeur parvienne à établir le caractère délictuel d'actes accomplis par le Allan Memorial ou par une autre personne, il reste à se demander si la Couronne pourrait se voir imputer une certaine responsabilité juridique pour avoir financé une partie des recherches effectuées par le Dr Cameron et l'Institut. À cet égard, je suis arrivé à la conclusion que la Couronne échapperait à toute responsabilité, pour les motifs exposés à l'Annexe 51. Voici un bref résumé de ces motifs.

La Loi sur la responsabilité de la Couronne fixe les conditions dans lesquelles cette responsabilité peut être engagée. En l'espèce, il faut démontrer qu'un préposé ou un mandataire de la Couronne a causé un dommage par sa faute ou que sa responsabilité délictuelle est engagée. L'éventuel demandeur pourrait présenter trois arguments au soutien de son action :

(1) Préposé ou mandataire de la Couronne

Il pourrait soutenir que le Dr Cameron était un préposé ou un mandataire de la Couronne, dont les délits sont imputables à celle-ci suivant les principes de la

responsabilité du fait d'autrui. Or la preuve montre sans l'ombre d'un doute que le Dr Cameron n'était ni un préposé ni un mandataire de la Couronne.

(2) Autorisation ou ratification

Il pourrait aussi prétendre que la conduite délictuelle du Dr Cameron a été autorisée ou ratifiée par des préposés ou des mandataires de la Couronne. En ayant recours à cet argument, le demandeur tenterait d'imputer une responsabilité indirecte au préposé ou au mandataire, afin de démontrer la responsabilité de la Couronne à l'égard du fait d'autrui. Cette responsabilité indirecte, qu'elle soit liée à l'autorisation ou à la ratification de la conduite en cause, ne s'applique que si la personne à qui on veut l'imputer savait que les actes censément autorisés ou ratifiés revêtaient un caractère délictuel. En l'espèce, cependant, rien dans la preuve ne donne à penser qu'un agent de l'Administration, préposé ou mandataire, ait été au courant du caractère délictuel des recherches et des traitements du Dr Cameron (dans l'hypothèse où ce caractère aurait pu être établi). Il serait donc impossible, par ce moyen, d'amener le tribunal à conclure à la responsabilité juridique de la Couronne au sujet des travaux effectués par le Dr Cameron.

(3) Devoir de surveillance

Le troisième moyen susceptible d'être utilisé par l'éventuel demandeur consisterait à prétendre que des préposés ou mandataires de la Couronne avaient le devoir, à leur endroit, de surveiller la conduite du Dr Cameron. Les tribunaux ont récemment élargi la portée de cette notion de "devoir" dans des litiges de la même nature. Désormais, le demandeur pourrait sans doute prétendre que juridiquement, l'organisme qui verse des subventions a une certaine responsabilité envers le patient lorsque des erreurs sont commises dans le cadre de la recherche médicale. (Soulignons à cet égard que l'Institut national du cancer du Canada a récemment décidé d'obliger les personnes à qui il verse des subventions de recherche et les organismes où elles travaillent à signer des formules prévoyant l'indemnisation de l'INCC en cas de poursuites intentées contre lui au sujet des travaux en question; voir l'Annexe 52 ci-jointe.) L'élargissement, par les tribunaux, de cette notion de devoir n'est sans doute pas encore terminé et il se pourrait bien que dans quelques années, les demandeurs aient des chances de succès dans une affaire comme celle-ci. Toutefois, dans l'état actuel du droit, j'estime qu'un éventuel demandeur ne pourrait avoir gain de cause, pour les raisons qui suivent.

Les tribunaux ne reconnaissent l'existence d'un tel devoir que dans les deux cas suivants :

(i) il existe une "relation particulière" entre le tiers (ici, le Dr Cameron) et le défendeur à qui l'on veut imputer le devoir;

(ii) il existe une "relation particulière" entre le défendeur et le demandeur.

Dans le premier cas, il n'existe de "relation particulière" (et partant de devoir) que si le défendeur a le droit et la capacité de surveiller la conduite du tiers. Or comme le fait de financer les recherches du Dr Cameron ne donnait pas à la Couronne "le droit et la capacité" de surveiller ses activités, il n'existait aucune "relation particulière" entre elle et le Dr Cameron.

Dans le second cas, il n'existe aucune "relation particulière" entre la Couronne et un éventuel demandeur.

C. Conclusion

En l'espèce, la Couronne n'est dont pas juridiquement responsable de la conduite du Dr Cameron, à supposer bien sûr que le caractère délictuel de celle-ci puisse être établi.

D. La prescription

Dans l'analyse juridique qui précède et celle qui figure à l'Annexe 51, je n'ai pas tenu compte des dispositions législatives susceptibles de restreindre le droit d'intenter une action par suite de prescription.

E. Le droit civil

Après avoir examiné l'Annexe 51, Me James M. Mabbutt, avocat à la section de droit constitutionnel et international du ministère de la Justice, a confirmé que, du point de vue du droit civil québécois, l'analyse théorique, correcte et complète, permet de conclure à l'absence de toute responsabilité délictuelle. Bien que j'assume la responsabilité de la recherche juridique sur laquelle repose le présent avis, je n'ai pas qualité pour exercer dans la province de Québec. Aussi me suis-je fondé sur l'opinion de Me Mabbutt en ce qui concerne la conformité des conclusions exprimées ici avec le droit québécois.

10. LA RESPONSABILITÉ MORALE DU GOUVERNEMENT

A. Autres considérations sur l'avant dernière question : les traitements du Dr Cameron doivent-ils être tenus pour répréhensibles?

Deux questions se posent à cet égard : la première consiste à se demander si le Dr Cameron a fait preuve d'irresponsabilité ou d'imprudence dans l'administration des traitements, même dans l'hypothèse où il n'aurait pas été au courant du rôle joué par la CIA; la seconde porte sur la participation de cette dernière.

Au sujet de la première question, une conclusion s'impose. Le Dr Cameron savait sans aucun doute que les fortes doses d'électrochocs administrées en vue de la déstructuration et les nombreuses crises qu'elles provoquaient risquaient d'entraîner des lésions cérébrales. Par exemple, il était bien connu à l'époque que les épileptiques ayant subi de nombreuses crises présentent souvent de telles lésions. Quant à la technique de la saturation psychique, elle n'avait pas véritablement été mise à l'épreuve.

En revanche, il semble que les patients choisis pour l'administration de ces traitements étaient gravement atteints et que les autres techniques psychiatriques n'avaient pu leur être d'aucun secours. Si tant est que l'étude des dossiers médicaux

personnels puisse démontrer que certaines personnes y ont été soumises sans présenter de troubles mentaux très sérieux, il serait peut-être permis de conclure que les traitements frisaient l'irresponsabilité. Naturellement, je n'ai vu moi-même aucun document concernant les anciens patients du Allan Memorial (et je n'ai pas cherché à en obtenir); de ce fait, toute conclusion à ce sujet relèverait de la pure conjecture.

Étant donné les entrevues que j'ai eues avec diverses personnes, les dossiers que j'ai examinés et en me fondant tout particulièrement sur l'opinion des trois experts que j'ai consultés, je suis arrivé à la conclusion que le Dr Cameron, si l'on tient compte de sa nature ambitieuse, ne s'est pas écarté des normes en vigueur à l'époque. Le plus juste serait sans doute de dire que s'il a fait preuve d'imprudence, il n'a pas agi de façon irresponsable. Si la plupart des psychiatres ne se sont pas rendus coupables des erreurs qu'il a commises en élaborant et en appliquant les techniques de déstructuration et de saturation psychique, c'est qu'ils ont choisi la prudence à l'égard de traitements extrêmement envahissants et intensifs.

Au sujet de la seconde question, soulignons que tout traitement médical (voire même l'utilisation de l'aspirine) nécessite que l'on fasse preuve de jugement au sujet des avantages et des inconvénients qui y sont inhérents. En effet, très rares sont

les traitements absolument inoffensifs. Le patient est en droit d'attendre de son médecin qu'il juge si le traitement envisagé présente des avantages réels par rapport aux risques, et qu'il le fasse en pensant uniquement au bien du malade, sans se soucier de l'intérêt de personne d'autre. Il convient donc de se demander si les décisions prises par le Dr Cameron l'ont été en vue du bien de ses patients, ou pour d'autres considérations. Je n'ai pas examiné suffisamment d'éléments de preuve pour être en mesure de tirer une conclusion matérielle sur ce point. Et, cela va sans dire, il est impossible de sonder les coeurs, même lorsqu'on dispose de toutes les données. À mon avis, la preuve disponible est compatible avec la conclusion qu'il a en fait exercé son jugement en pensant à l'intérêt de ses patients.

B. La question fondamentale : la responsabilité de la Couronne

Passons maintenant à la question essentielle. Supposons, contrairement à la conclusion à laquelle je suis arrivé, que le Dr Cameron a bel et bien soumis des patients à l'application des techniques en cause dans un autre dessein que le bien de ces derniers. Ou encore, posons l'hypothèse moins inquiétante que le Dr Cameron a en fait confondu l'expérimentation, les nouvelles techniques répondant à des objectifs thérapeutiques (les essais thérapeutiques) et les traitements courants. Supposons également, dans les deux cas, que certains patients n'ont pas vu

leur état s'améliorer, mais ont au contraire subi des dommages. La question qui se pose alors est la suivante : le gouvernement du Canada a-t-il une responsabilité morale envers ces patients?

Vu le climat de l'époque et les pratiques alors en vigueur en matière de recherche et d'expérimentation médicales, d'éthique et de consentement, on ne peut à mon sens faire porter au gouvernement canadien la responsabilité de ce qui s'est passé au Allan Memorial Institute, et ce même en supposant (hypothèse mal fondée selon moi) que le Dr Cameron aurait dépassé les limites acceptables dans le domaine de la recherche médicale. Les subventions versées par le gouvernement en vue de la recherche ont toujours fait l'objet d'examens tant internes qu'externes; or aucune opinion défavorable n'a été communiquée aux responsables.

Les organismes qui versaient les subventions n'étaient au courant -- et n'auraient du reste pu l'être -- d'aucun motif caché chez le Dr Cameron (à supposer qu'il en ait eu un). Par ailleurs, étant donné la façon dont ces questions étaient habituellement abordées à l'époque, ils n'étaient pas non plus au fait -- et n'auraient pu l'être -- de quelque manquement que ce soit de la part du Dr Cameron au sujet des distinctions à faire entre l'expérimentation, les essais thérapeutiques et les traitements courants.

Dans ces circonstances, il est difficile de croire que le gouvernement pourrait se voir imputer une certaine responsabilité morale.

On trouvera à l'Annexe 53 une étude sur l'indemnisation sans responsabilité juridique ni morale.

11. CONCLUSIONS FINALES

Pour les raisons exposées aux sections 9 et 10, le gouvernement du Canada n'a à mon avis aucune responsabilité juridique ni morale à l'égard des activités du Dr D. Ewen Cameron. Cela ne veut pas dire, je le rappelle, qu'une personne ne pourrait pas intenter d'action pour le motif qu'un traitement donné n'était pas indiqué au regard de la maladie traitée, ou qu'il a été administré de manière incompétente ou répréhensible.

Je termine en citant un extrait d'une décision rendue par Lord Denning, M.R., à peu près à l'époque des faits en cause, dans l'affaire Roe v. Minister of Health, [1954] 2 Q.B. 66, p. 83-84, cité par le juge Bourgeois dans l'affaire Morrow :

(TRADUCTION)
"Il est trop facile de faire preuve de sagesse après coup et de considérer comme une négligence ce qui en réalité n'était qu'une mésaventure. Nous devons toujours veiller à ne pas tomber dans ce piège, tout particulièrement dans les actions intentées contre des hôpitaux et des médecins. La science médicale a apporté de nombreux bienfaits à l'humanité, mais au prix de risques considérables. Il est impossible de profiter de ses bienfaits sans du même coup prendre certains risques, qui sont inhérents à tout progrès technique. Les médecins, comme nous tous, doivent apprendre par la voie de l'expérience, ce qui s'avère souvent douloureux. Une difficulté surgit, on constate une faiblesse puis on y remédie. C'est exactement ce qui s'est passé dans la présente affaire. Le Dr Graham voulait éviter tout danger d'infection en stérilisant l'ampoule. Mais ce faisant, il n'a malheureusement pas échappé à un autre risque. Il ne savait pas que des fissures invisibles pouvaient exister, et on ne peut lui imputer aucune négligence à cet égard au moment où les faits se sont passés. Nous ne devons pas considérer les faits de 1947 à la lumière de ce que nous savons en 1954."

et plus loin, aux p. 86-87 :

"Un dernier mot. Ces deux hommes ont subi des conséquences si terribles que l'on ne peut s'empêcher de penser qu'ils devraient être indemnisés. Mais nous ne rendrions pas service à la collectivité en imputant aux hôpitaux et aux médecins la responsabilité de tous les accidents susceptibles de se produire. En effet, les médecins seraient alors incités à se préoccuper davantage de leur propre sécurité que du bien de leurs patients. L'initiative serait découragée, la confiance ébranlée. Le sens de la mesure nous oblige à tenir compte des conditions dans lesquelles travaillent les médecins et le personnel des hôpitaux. Nous devons insister sur la protection du patient à toutes les étapes, mais il nous faut éviter de condamner en tant que négligence un acte qui ne constitue véritablement qu'une mésaventure."

À mon avis, ce passage s'applique particulièrement bien aux faits dont il est question dans le présent avis.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, mes salutations distinguées.

Original signé en anglais par

George T.H. Cooper

ANNEXES

Les annexes 4, 5 et 6 sont reproduites avec cette opinion.

Les annexes complètes sont disponibles aux endroits suivants:

Bureaux régionaux du ministère de la Justice

Bibliothèque des facultés de médecine

Principales bibliothèques municipales

Bibliothèques de droit

LISTE DES ANNEXES

1. Deuxième plainte modifiée du demandeur dans la poursuite américaine - 3 juin 1983

1A. Lettre de l'avocat du demandeur exposant le fondement de la réclamation du demandeur - 24 février 1984

2. Liste des personnes interrogées

3. Liste des dossiers examinés

4. Avis autorisé et C.V. du Dr Frédérick Grunberg

5. Avis autorisé et C.V. du Dr Ian M. McDonald

6. Avis autorisé et C.V. du Dr Fred H. Lowy

7. D.EWEN CAMERON - Psychic Driving: American Journal of Psychiatry, 112 (7), 1956

8. D.EWEN CAMERON - Psychic Driving: Dynamic Implant. Psychiatric Quart. 31: 703-712, 1957

9. D.EWEN CAMERON et ROBERT B. MALMO - Effect of Repeated Verbal Stimulation upon a Flexor-extensor Relationship. Canadian Psychiatric Association Journal, vol. 3, nº 2, avril 1958

10. D.EWEN CAMERON et S.K. PANDE - Treatment of the Chronic Paranoid Schizophrenic Patient, Canada M.A.J., 15 janv. 1958, vol. 78, pp. 92-95

11. D.EWEN CAMERON, LEONARD LEVY, LEONARD RUBENSTEIN et R.B. MALMO - Repetition of Verbal Signals: Behavioural and Physiological Changes. American Journal of Psychiatry, 115 (11), 1959

12. D.EWEN CAMERON, LEONARD LEVY et LEONARD RUBENSTEIN - Effects of Repetition of Verbal Signals upon the Behaviour of Chronic Psychoneurotic Patients. J. Ment. Sci., 106, nº 443, avril 1960

12A. D.EWEN CAMERON - Production of Differential Amnesia as a Factor in the Treatment of Schizophrenia. Comp. Psychiat., vol. 5, 1960, pp. 26-34

13. D.EWEN CAMERON, LEONARD LEVY, THOMAS BAN et LEONARD RUBENSTEIN - Repetition of Verbal Signals in Therapy. Current Psychiatric Therapies, pp. 100-111, Ed. J. Masserman, Grune & Stratton Inc., New York-London, 1961

14. D.EWEN CAMERON, LEONARD LEVY, THOMAS BAN et LEONARD RUBENSTEIN - A Further Report on the Effects of Repetition of Verbal Signals Upon Human Behaviour. Canadian Psychiatric Association Journal, vol. 6, nº 4, août 1961

15. D.EWEN CAMERON, J.G. LORENZ et K.A. HANDCOCK - The Depatterning Treatment of Schizophrenia. Comprehensive Psychiatry, Official Journal of the American Psychopathological Association, vol. 3, nº 2, avril 1962

16. D.EWEN CAMERON, LEONARD LEVY, THOMAS BAN et LEONARD RUBENSTEIN - Automation of Psychotherapy. Comprehensive Psychiatry, Official Journal of the American Psychopathological Association, vol. 5, nº 1, février 1964

17. L. LEVY, D.E. CAMERON, T. BAN et L. RUBENSTEIN - The Effects of Long-term Repetition of Verbal Signals. Canadian Psychiatric Association Journal, vol. 10, nº 4, août 1965

18. Demande de subvention du Dr Cameron à la Society for the Investigation of Human Ecology, 21 janvier 1957

19. Extraits et discussion du contenu d'une Déclaration ministérielle de l'hon. J. Waldo Monteith, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, sur la question du LSD (sans date: 1962 ou 1963)

19A. Subventions du CNR pour la psychiatrie

20. Rapport concernant les techniques communistes de "lavage de cerveau" durant la Guerre de Corée, 14 septembre 1950

21. Procès-verbal de la réunion conjointe Canada/États-Unis/Grande-Bretagne du 1er juin 1951 au sujet des techniques communistes de "lavage de cerveau" durant la Guerre de Corée

22. Documents d'archives du CRD sur les recherches du Dr Donald O. Hebb concernant la privation sensorielle

23. Documents d'archives du CRD, correspondance et coupures de presse

24. Rapport du CRD au Conseil du Trésor, 3 août 1954

25. Lettre du Dr Cormier au Dr Hebb, 1er déc. 1953

26. Note de service et formule de demande du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social sur les subventions à la recherche

27. Réponse du MSBS à une demande présentée en vertu des dispositions sur l'accès à l'information, énonçant neuf projets de recherche de la Division de la santé mentale identifiant le Dr Cameron comme chercheur principal - 5 avril 1985

28. Rapport final sur le projet nº 604-5-14

29. Rapport final sur le projet nº 604-5-432

30. Résumé du projet nº 604-5-13

31. Document d'archives et résumé - projet nº 604-5-74

32. Article de journal - Dr Heinz E. Lehman - 16 mai 1964

33. Note de service à l'hon. Paul Martin, 18 janvier 1949

34. Note de service du Dr Charles Roberts, 8 avril 1953

35. Article de journal - Dr D.E. Cameron - 15 mai 1957

36. Extraits de documents personnels du Dr Robert A. Cleghorn

36A. Extraits de publications sur le Dr D.E. Cameron - 1965 et 1967

37. Extraits d'un article du Dr J.W. Fisher (sans date: 1952 ou 1953)

38. A.E. SHWARTZMAN et P.E. TERMANSEN - Intensive Electroconvulsive Therapy: A Follow-up Study. Canadian Psychiatric Association Journal, vol. 12, nº 2, 1967

38A. Extrait de Kalinowsky et Hoch, "Shock Treatments, Psychosurgery and Other Treatments in Psychiatry", 1957

39. "Déontologie de l'expérimentation chez l'humain", Groupe de travail sur l'expérimentation chez l'humain du Conseil de recherches médicales, rapport nº 6, 1978

40. Lignes directrices actuelles du CRM au sujet des demandes de subventions, et Certificat d'approbation

41. Formule de demande du Dr E. Ewen Cameron pour le projet nº 604-5-433

42. Formules de consentement, affaires Orlikow et Morrow, et pour deux autres demandeurs américains

43. "Patients' Rights and Ethics Committee, Douglas Hospital Centre", par Wilson et Steibelt; Canada's Mental Health, vol. 33, nº 3 (septembre 1985)

44. Affidavit de John Marks, daté du 30 avril 1981, déposé à la Cour supérieure du Québec dans l'affaire Orlikow

45. Note de service interne de la CIA sur le "MK Ultra Subproject 68", 26 février 1957

45A. Lettre du col. James L. Monroe au D^r Cameron, 23 avril 1959

45B. Documents internes de la CIA au sujet du financement du "MK Ultra Subproject 68"

46. Chapitre 8, "Brainwashing", de John Marks, "The CIA and Mind Control: The Search for the 'Manchurian Candidate'," McGraw-Hill, 1980

47. Note de service des Affaires extérieures, 1^er mars 1981

48. Note de l'ambassade américaine au Canada, 12 avril 1984

48A. Article de journal, D^r D.E. Cameron, Calgary Herald, 15 mai 1957

48B. Lettre des Affaires extérieures du 15 juin 1979 et documents sur l'opinion exprimée à McGill au sujet des travaux du D^r Cameron

48C. Note de service interne du CIA de l'avocat général à Robert H. White, 31 octobre 1978

49. Résumé de l'affaire Orlikow

50. Résumé de l'affaire Morrow

51. Exposé sur les règles de droit

52. Note de service de l'Institut national du cancer du Canada, octobre 1985

53. Note de service sur la compensation en l'absence de responsabilité juridique ou morale

Annexe 4

RAPPORT ADRESSÉ À GEORGE T.H. COOPER, c.r.

I - LES TRAVAUX DU Dr D.E. CAMERON

Entre le début des années cinquante et le milieu des années soixante, le Dr D. Ewen Cameron travaillait à l'Institut Allan Memorial de Montréal, où il s'attachait à modifier le comportement de malades atteints de psychonévrose chronique à l'aide d'une technique psychothérapeutique qu'il avait baptisée la "saturation psychique" (psychic driving).

Lors de la IIIe assemblée annuelle de l'American Psychiatric Association tenue à Atlantic City le 11 mai 1955, le Dr D.E. Cameron a fait lecture d'une étude intitulée : "Psychic Driving : Dynamic Implant"* dans laquelle il décrit sa technique psychothérapeutique :

(TRADUCTION)

"En quelques mots, il s'agit de faire entendre et réentendre sans arrêt au malade, dans des conditions d'expérience rigoureuse, un même message directement rattaché à l'une des causes principales de ses difficultés du moment. Cette méthode a pour effet de faire remonter progressivement à la mémoire du sujet davantage de

---

* Cette étude a par la suite été publiée dans Psychiatric Quart 31 : 703-712, 1957.

souvenirs et de susciter des réactions qui y sont généralement associées. Le résultat ultime est l'accélération de la restructuration thérapeutique".

Par la suite, le Dr D.E. Cameron et ses collaborateurs ont présenté les études sur cette question lors de réunions de sociétés savantes telles que l'Association des psychiatres du Canada, l'American Psychiatric Association, la Royal Medico-Psychological Association, le World Congress of Psychiatry et ont fait paraître les résultats de ces travaux dans des revues telles que le Journal de l'Association des psychiatres du Canada, l'American Journal of Psychiatry et le Journal of Mental Science.**

Dans deux de ses études, le Dr D.E. Cameron a reconnu avoir bénéficié des subventions de la Society for the Investigation of Human Ecology et du Dominion-Provincial Mental Health Grant Project (no 604-5-432).

Pour obtenir un bon aperçu des travaux du Dr D.E. Cameron, à savoir une description de la technique, le compte rendu des résultats et du cadre conceptuel de ses recherches, il suffit de consulter un chapitre intitulé : "Repetition of verbal signals in Therapies", publié dans "Current Psychiatric Therapies" Ed.

** Le lecteur trouvera à l'Annexe I une liste d'ouvrages publiés par le Dr D.E. Cameron sur la question.

J. Masserman, Greene & Stratton, N.Y. - Londres, 1961. Vous trouverez ci-dessous un résumé de ce chapitre avec mes observations personnelles qui figurent entre parenthèses.

A) LA TECHNIQUE :

1.- La sélection :

Les personnes atteintes de psychonévrose chronique, n'ayant pas réagi à d'autres méthodes thérapeutiques.

(À l'époque, surtout en Amérique du Nord, le traitement de prédilection de ce genre de malades était la psychanalyse ou une psychothérapie axée sur la psychanalyse. En règle générale, avec les techniques disponibles à l'époque, le traitement était long et coûteux. Le Dr Cameron pensait pouvoir, à l'aide de sa technique, réduire la durée du traitement et, partant, le coût. Je devrais ajouter par ailleurs que ces patients sont pour la plupart capables et se plient au traitement de leur plein gré).

2.- L'évaluation :

a) L'entretien psychiatrique traditionnel ou l'entretien psychiatrique mené auprès de sujets sous l'influence de psychotropes "désinhibiteurs" avec un compte rendu de l'auto-évaluation du patient.

(Depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, les psychotropes désinhibiteurs tels que l'amobarbital sodique, un barbiturique, ou le Desoxyin, une amphétamine, étaient souvent utilisés au cours des années cinquante pour ramener à la conscience des éléments refoulés ou pour obtenir des abréactions. J'ajouterai qu'alors bon nombre de psychiatres et de psychologues tentaient des expériences avec des hallucinogènes comme le LSD 25 ou la mescaline, dont ils se servaient comme psychotropes désinhibiteurs ou comme psychotropes pouvant provoquer une psychose type).

b) Compte rendu des services sociaux.

c) Tests psychologiques.

d) Séquences filmées portant sur quatre situations types différentes.

e) Batterie de tests concernant les réflexes conditionnés.

f) Analyse électronique de la voix.

(En dépit de tous les gadgets utilisés, aucun de ces tests ne pourrait être considéré comme envahissants, et potentiellement dangereux).

3.- La préparation du sujet.

Le Dr Cameron a essentiellement eu recours à trois méthodes pour préparer le sujet.

a) La déstructuration au moyen de la cure de sommeil et les électrochocs intensifs.

b) Faibles doses de tubocurarine dans de la cire d'abeille, administrées par voie intramusculaire pour provoquer une immobilisation relative chez le sujet afin de le maintenir à l'endroit voulu.

c) Installation du sujet à proximité d'une source de chaleur, ce qui produit une sensation de détente.

(La préparation du sujet est peut-être l'aspect le plus discutable de la technique de la "saturation psychique" du Dr Cameron, en raison de son caractère envahissant. Toutefois, le Dr Cameron croyait en la nécessité, dans le cas de sujets atteints de psychonévrose rebelle, de détruire leur schème de comportement indésirable et tenace et de faciliter ainsi l'implantation de nouveaux schèmes de comportement plus appropriés au moyen de la saturation psychique ou de la répétition.

Selon les critères actuels, la déstructuration, surtout au moyen d'électrochocs intensifs, est aberrante. Cependant, si l'on se reporte au contexte de l'époque, les méthodes de psychothérapie étaient très envahissantes, surtout les interventions biologiques comme l'insulinothérapie et la narcose continue. Il est vrai que ces méthodes envahissantes étaient utilisées essentiellement auprès de psychotiques plutôt qu'auprès des malades atteints de psychonévrose, alors que la narcothérapie était une pratique assez répandue en Europe auprès de cette catégorie de malades).

4.- La préparation des messages :

Le contenu des messages provient des sources suivantes : les entretiens psychodynamiques, les témoignages des membres de la famille, les études de service social et les tests psychologiques. À la lumière de toutes ces données, des messages négatifs et positifs sont préparés et enregistrés. Les énoncés négatifs mettent le sujet en présence des difficultés névrotiques qu'il a tenté de fuir, alors que les messages positifs représentent son aspiration à mieux fonctionner dans la vie. Les messages sont, dans la mesure du possible, formulés d'une façon qui traduit bien les pensées du sujet et dans le langage que celui-ci a utilisé pour exprimer ses espoirs et ses désirs.

5.- La présentation des messages :

On enregistre les messages que l'on fait passer continuellement de 6 h à 21 h tous les jours. Pendant les séances, le sujet est allongé sur son lit et écoute l'enregistrement qui est parfaitement audible, au moyen de haut-parleurs installés sous l'oreiller. On estime que les messages négatifs et positifs réunis sont répétés entre 250 000 et 500 000 fois au total.

Les messages négatifs que l'on fait entendre d'abord sont généralement acceptés par le patient au cours des premiers jours, mais avec le temps, ce dernier semble manifester à leur endroit une réaction hostile qui va en croissant pour atteindre un sommet au bout de dix jours. On passe alors aux messages positifs que le sujet accepte d'emblée avec un sentiment de soulagement, et il continue de manifester cette satisfaction pendant une période de durée variable. Toutefois, le malade ne tarde pas à montrer des signes d'agitation et d'irritabilité; il veut quitter son lit pour pouvoir mettre en pratique les schèmes de comportement qu'il vient d'acquérir.

En règle générale, la durée des séances est d'environ dix jours pour les messages positifs et dix jours pour les messages négatifs.

6.- Le renforcement :

Pendant la durée des séances intensives de saturation psychique, le personnel qui s'occupe du patient reçoit des instructions sur la nature des changements recherchés et a pour consigne d'encourager le malade et de sanctionner les changements lorsqu'ils se produisent. Parallèlement, le département des Services sociaux s'efforce de changer les attitudes des membres de la famille à l'égard du malade.

Une fois les séances de saturation psychique intensives terminées, on soumet le malade au renforcement positif pendant deux à quatre heures par jour. Le reste de la journée, il suit un programme d'ergothérapie où le personnel l'encourage à mettre en pratique les nouveaux schèmes de comportement.

Dans bien des cas, on fait en sorte que le malade soit transféré dans un foyer d'accueil plutôt que chez lui pour une période de trois mois jusqu'à ce que le nouveau schème de comportement soit solidement implanté.

7.- Réévaluation :

Une fois que le patient a réintégré son foyer, il se rend à l'Institut où il écoute son enregistrement pendant au moins une heure, deux ou trois fois par semaine.

B) LES RÉSULTATS :

Dans cet ouvrage, le Dr Cameron affirme ce qui suit :

(TRADUCTION)
"En ce qui concerne les résultats observés chez les différentes catégories de malades, on peut dire que les changements que nous avons pu susciter chez les schizophrènes chroniques étaient minimes. Nous avons été particulièrement satisfaits des résultats obtenus chez les sujets atteints de psychonévrose chronique - des malades qui sont autrement incurables - généralement des sujets qui souffrent de névrose caractérielle depuis longtemps. Avec ce genre de malades, nos résultats sont de plus en plus encourageants et nous considérons maintenant qu'il s'agit là de notre technique de prédilection lorsque nous sommes appelés à nous occuper de tels cas".

C) CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES :

Les travaux du Dr D.E. Cameron reposent sur les fondements théoriques suivants :

1) L'être humain est doté de facultés d'adaptation exceptionnelles et tend à réagir à tous les stimuli extérieurs.

2) La répétition continuelle a un pouvoir énorme, et l'organisme humain cherche à se prémunir contre les effets incontrôlés de cette force.

3) Il existe un grand nombre de mécanismes de défense, tant comportementaux que neurophysiologiques, qui n'existent qu'à cette fin.

II - LA VALEUR SCIENTIFIQUE DES TRAVAUX DU Dr D.E. CAMERON SUR LA SATURATION PSYCHIQUE

Les assises théoriques sur lesquelles reposent les travaux du Dr D.E. Cameron sont assez faibles et quelque peu naïves, en ce sens qu'il s'agit d'une extrapolation simpliste de concepts neurophysiologiques appliquée à des comportements complexes.

De plus, d'un point de vue méthodologique, la détermination de la valeur thérapeutique de ce traitement a été faite sans aucune rigueur, et repose essentiellement sur une évaluation subjective biaisée et sur des paramètres pseudo-objectifs non pertinents, par exemple des séquences filmées de quatre situations types différentes, une batterie de tests concernant les réflexes conditionnés et l'emploi du pléthysmographe pour mesurer la résistance cutanée.

Si l'on en juge d'après les critères actuels, ces techniques n'étaient pas valables d'un point de vue scientifique, en ce sens qu'elles reposaient fortement sur des gadgets plutôt que sur un raisonnement scientifique sérieux.

LES FONDEMENTS MORAUX DE L'EXPÉRIENCE DU Dr CAMERON

A) SELON LES CRITÈRES ACTUELS :

Le Dr Cameron aurait été tenu de suivre la filière indiquée ci-après avant d'avoir l'autorisation de mener ses expériences :

1) Présentation du projet au Comité de recherche de l'hôpital :

Il est fort probable que le projet du Dr Cameron eût été stoppé à ce niveau en raison des lacunes méthodologiques et du caractère flou des fondements théoriques de ses travaux.

2) Évaluation par le Comité de déontologie de l'hôpital :

Le Comité prendrait en considération trois principes avant de donner son aval au projet.

a) Absence de coercition :

Le comité exigerait d'obtenir l'assurance que les sujets qui prennent part au projet le feraient de leur plein gré, autrement dit, ne seraient assujettis à aucune forme de coercition. Il devrait aussi avoir l'assurance que le malade pourrait abandonner l'expérience à n'importe quel moment.

b) Consentement éclairé :

Le comité de déontologie exigerait d'avoir l'assurance que le malade qui prendrait part aux expériences du Dr Cameron y consentirait par écrit, en toute connaissance de cause, après que la raison d'être du projet et la façon de procéder lui auraient été clairement exposées, tous les risques et avantages y afférents étant bien précisés.

c) Avantages pour le patient :

Dans ce genre d'expérience, le comité de déontologie exigerait d'avoir l'assurance que le malade pourrait tirer de l'expérience des bienfaits thérapeutiques considérables et directs, après que toutes les autres méthodes non envahissantes se seront révélées inefficaces. Je considère que dans les conditions actuelles, le Dr Cameron aurait eu

aujourd'hui énormément de difficulté à obtenir du comité de déontologie d'un hôpital l'autorisation de poursuivre ses travaux en raison de leur caractère envahissant et compte tenu de tout l'éventail de nouvelles techniques actuellement disponibles.

B) SELON LES CRITÈRES DES ANNÉES CINQUANTE :

À mon avis, on aurait tort de croire qu'il n'existait à l'époque aucun principe moral régissant des expériences pratiquées sur des êtres humains. À cette époque de paternalisme médical, cependant, les questions morales posées par les expériences étaient essentiellement laissées à la discrétion du chercheur et de ses collaborateurs, qui devaient les trancher selon leur conscience. Il n'existait à proprement parler aucun code en la matière.

Voici ce qu'écrivait Claude Bernard sur les expériences faites sur les êtres humains en 1865 :

> "On peut donc expérimenter sur l'homme, mais dans quelles limites? On a le devoir et par conséquent le droit de pratiquer sur l'homme une expérience toutes les fois qu'elle peut lui sauver la vie, le guérir ou lui procurer un avantage personnel. Le principe de moralité médicale et chirurgicale consiste donc à ne jamais pratiquer sur un homme une expérience qui ne pourrait que lui être nuisible à un degré quelconque, bien que le résultat pût intéresser beaucoup la science, c'est-à-dire la santé des

> autres... Car, il ne faut pas s'y tromper, la morale ne défend pas de faire des expériences sur son prochain ni sur soi-même; dans la pratique de la vie, les hommes ne font que faire des expériences les uns sur les autres. La morale chrétienne ne défend qu'une seule chose, c'est de faire du mal à son prochain. Donc, parmi les expériences qu'on peut tenter sur l'homme, celles qui ne peuvent que nuire sont défendues, celles qui sont innocentes sont permises, et celles qui peuvent faire du bien sont recommandées".

C'était là à mon avis les principes moraux qui primaient à l'époque où le Dr Cameron poursuivait ses travaux et je pense qu'il y souscrivait parce qu'il était convaincu que les personnes atteintes de psychonévrose chronique chez qui les traitements n'avaient produit aucun résultat jusque-là avaient avantage à se soumettre à la saturation psychique. Après avoir examiné soigneusement les études du Dr Cameron sur la question, il ne fait pour moi aucun doute que les considérations thérapeutiques occupaient une place primordiale dans ses motifs bien que je désapprouve personnellement et désapprouvais alors le caractère envahissant et l'absence de rigueur scientifique de ses travaux.

IV - LE RÔLE ET LES RESPONSABILITÉS DU GOUVERNEMENT CANADIEN

Le gouvernement canadien a financé les travaux du Dr Cameron par le biais de subventions octroyées par les administrations fédérale et provinciales au titre de la santé mentale, qui

---

Claude Bernard, Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, Paris : C. Delagrave, 1959.

relevaient alors, si je ne me trompe, de la Division de la santé mentale du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Il est certain que les critères scientifiques du comité d'examen mis sur pied par la Division de la santé mentale n'étaient pas aussi rigoureux que ceux qu'applique actuellement le Conseil de recherches médicales. Toutefois, à l'époque, la psychiatrie n'en était qu'à ses premiers balbutiements au Canada, l'Institut Allan Memorial était dans ce domaine considérée comme La Mecque et, dans une certaine mesure, le Dr Cameron en était le prophète.

Selon moi, malgré tous le battage fait par les médias autour de cette question, rien n'indique que la saturation psychique a causé des torts irréparables aux patients qui s'y sont soumis de leur plein gré. Le gouvernement canadien ne devrait assumer aucune responsabilité morale pour avoir appuyé un projet dont les fins étaient essentiellement thérapeutiques.

Frédéric Grunberg, m.d., F.R.C.P. (C)
Professeur, département de psychiatrie
Université de Montréal

Décembre 1985

CURRICULUM VITAE

NOM: GRUNBERG, Frédéric Marié et père de deux enfants

Adresse: 4065 Côte des Neiges, app. 6, Montréal, Québec H3H 1W7

Téléphone: 937-6926 (résidence)
253-8200 poste 219 (bureau)

Titre: professeur, département de psychiatrie
Faculté de médecine, Université de Montréal
coordonnateur du Service de l'enseignement universitaire
Hôpital Louis-H. Lafontaine

Date de naissance: 21 avril 1927 Nationalité: canadienne

Lieu de naissance: Alexandrie, Egypte

ETUDES:

Secondaires:

Institutions	Année	Diplômes
Lycée français d'Alexandrie	1944	Baccalauréat (1ère partie)
Lycée français d'Alexandrie	1945	Baccalauréat (2e partie, philosophie)

Universitaires:

Institutions	Année	Diplômes	Discipline
Université de Montpellier, Faculté des Sciences	1946	PCB	Certificat des sciences physiques, chimiques et biologiques
Université de Montpellier, Faculté de Médecine	1952	Doctorat	Médecine

Post-universitaires:

Université de Londres, Institute of Psychiatry	1956	DPM	Diploma in psychological medicine

.../2

FORMATION HOSPITALIERE:

Date	Hôpitaux	Service	Fonction	Responsable
01-53 09-53	Bethlem Royal Londres	Psychiatrie générale	Clinical Assistant	A. Harris, M.D., D.P.M.
10-53 09-54	Maudsley Hospital Londres	Psychiatrie générale Professo-rial Unit	Senior House Cfficer	A. Lewis, M.D., F.R.C.P.
10-54 03-55	Maudsley Hospital Londres	Psychiatrie infantile	Registrar	K. Cameron, M.D., F.R.C.P. (Ed.)
04-55 09-55	Maudsley Hospital Londres	Psychothé-rapie	Registrar	K. Taylor, M.D., D.P.M.
10-55 03-56	Guy's Hospi-tal Londres	Neurologie Neuro-chi-rurgie	Registrar	Murray Fulconer, F.R.C.S.
04-56 06-56	Maudsley Hospital Londres	Psychiatrie légale	Registrar	P. Scott, M.D., D.P.M.

LICENCES, CERTIFICATS, FELLOWSHIPS:

1956 London University: Academic Post Graduate Diploma in Psychological Medecine

1957 Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, Certificat - psychiatrie

1958 Licence du Conseil Médical du Canada

1958 Licence du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Saskatchewan

1961 Licence du Collège des Médecins et Chirurgiens de l'Alberta

1970 Licence du département de l'Education de l'Etat de New York (médecine)

1974 Fellowship du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

1976 Licence de la Corporation Professionnelle des Médecins du Québec

.../3

LICENCES, CERTIFICATS, FELLOWSHIPS (suite):

1977 Certificat de spécialité en psychiatrie, Corporation Professionnelle des Médecins Spécialistes du Québec

TITRES:

1954 Prix de thèse "Montpellier Medical"

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

1968 Award of Honor - Letchworth Village Chapter, New York State Association of Retarded Children Inc.

1973 Meritorious Service Award, New York State Dept of Mental Hygiene

1973 Meritorious Service Award, New York State United Cerebral Palsy

EXPERIENCE:

Date	Institution ou organisme	Poste occupé
1956 à 1958	Reginal General Hospital, Munroe Wing	Senior psychiatrist
1958 à 1960	Swift Current Mental Health Clinic, Sask.	Directeur
1960 à 1962	Yorkton Mental Health Clinic, Sask.	Directeur
1962 à 1964	Sask. Hospital Weyburn	Surintendant
1964 à 1966	Sask. Dept of Public Health Hospitals Branch	Directeur
1966 à 1967	Sask. Dept of Public Health, Psych. Serv. Branch	Directeur
1967 à 1973	New York Dept of Mental Hygiene, Albany, New York	Deputy Commissioner
Avril 1973 à 1976	Albany Medical College, Albany, New York	Professeur agrégé Chef de service
1976 à 1981	Université de Montréal, Département de psychiatrie, Faculté de médecine.	Professeur agrégé
1981 à date	Hôpital Louis-H. Lafontaine	Coordonnateur du Service de l'enseignement universitaire
	Université de Montréal, Département de psychiatrie, Faculté de médecine.	Professeur titulaire

.../4

SOCIETES SAVANTES ET COMITES:

Date	Organisme	Titre
1957	Association des Médecins de Langue Française du Canada	Membre
1958	Association Médicale du Canada	Membre
1958	Association des Psychiatres du Canada	Membre
1958	Collège des Médecins et Chirurgiens de la Saskatchewan	Membre
1961	Collège des Médecins et Chirurgiens de l'Alberta	Membre
1963	Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada	Membre du Comité de spécialité en psychiatrie
1964	Gouvernement du Canada, Ottawa Ministère de la Santé et du Bien-être Comité Consultatif de l'Assurance Hospitalière	Membre
1964	Advisory Council to the College of Medecine - University of Saskatchewan	Membre
1965	Gouvernement du Canada Ministère de la Santé et du Bien-être Comité technique ad hoc sur le fond des ressources de la Santé	Membre
1965	Gouvernement de la Saskatchewan Comité ad hoc sur l'éducation du "nursing"	Membre
1966	Association des Psychiatres du Canada	Membre du Conseil d'administration
1967	State of New York Department of Mental Hygiene Committee on the recodification of the Mental Hygiene Law	Membre
1968	Letchworth Village Chapter, New York State Association for Retarded Children, Inc.	Award of Honor
1972	Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada	Fellow
1972	Royal College of Psychiatrists	Membre

.../5

SOCIETES SAVANTES ET COMITES:

Date	Organisme	Titre
1973	State of New York, Dept of Mental Hygiene	Meritorious service citation
1973	State of New York United Cerebral Palsy	Meritorious service award
1973	American Academy of Psychiatry & Law	Membre
1978	Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada	Membre du jury français aux examens de spécialité en psychiatrie
1978	Société Médico-psychologique	Membre Associé étranger
1980	Association du Québec pour les Déficients Mentaux	Membre du Conseil d'administration
1982	American Psych. Association	Fellow
1984	Canadian Psychiatric Association	President elect

PUBLICATIONS:

I- ARTICLES:

F. GRUNBERG

Les correlations psychosomatiques en physio-pathologie générale

(Thèse - Faculté de médecine de Montpellier - Décembre 1952)

PRIX DE THESE - MONTPELLIER MEDICALE 1954.

C. GROS, B. VLAHOVITCH, F. GRUNBERG

L'Hémisphérectomie dans l'Hémiphlégie infantile

(La semaine des hôpitaux, annales de chirurgie) 29e année, no 2 - 18 février 1953.

C. GROS, J. CADILHAC, B. VLAHOVITCH, F. GRUNBERG

La sympathectomie pré-ganglionnaire dans les syndromes douloureux post-traumatiques du membre supérieur

(Montpellier Chirurgicale I, 1-1952 pp. 55-59)

F. GRUNBERG, D.A. POND

Conduct Disorders in epileptic children

.../6

PUBLICATIONS (suite)

(J. of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 1957, 20, 65.)

F. GRUNBERG, T.F. WARD

Geriatric patients in a general hospital psychiatric unit

(Canad Med Ass J 81 360-4, 1 septembre 1959)

F. GRUNBERG

A community mental health clinic

(Canad Nurse 56 209.13, March 1960)

HANLEY, F.W., GRUNBERG, F.

Reflections on the doctor-patient relationship

(Canad Med Ass J 86 1002-4, 2 June 1962)

KELM, H., GRUNBERG, F., HALL, R.W.

A reexamination of the Hoffer-Ormond diagnostic test

(Int J Neuropsych 1:307, 12 Aug 1965)

LAFAVE, H.G., HERJANIC, H., GRUNBERG, F.

One year follow-up of 67 chronic psychiatric patients

(Canad Psych Ass J 11: 205-11, June 1966)

LAFAVE, H.G., STEWARD, A.P., GRUNBERG, F., et al.

The Weyburn experience: reducing intake as a factor in phasing out a large mental hospital

(Compr psychiat 8: 239-48, Aug 1967)

CASSELL, W.A., GRUNBERG, F., FRASER, H.N.

The discharged chronic patient's utilization of health resources: a preliminary report

(Canad Psych Ass J 13:23.9, Feb 1968)

STEWART, A., LAFAVE, H.G., GRUNBERG, F., et al.

Problems in phasing out a large public psychiatric hospital

(Amer J Psychiat 125: 82-3, 1968)

.../7

PUBLICATIONS (SUITE):

CASSELL, W.A., SMITH, C.M., GRUNBERG, F., et al.
Comparing costs of Hospital and Community Care
(Hosp & Com Psychiat 23-7, 1972)

GRUNBERG, F.
Who Lives and Dies?
(The New York Times, Op Ed Page, April 22, 1974).

GRUNBERG, F., LAFAVE, H.
La fin de l'asile
(Information psychiatrique, vol. 50, no 5, mai 1974)

GRUNBERG, F.
Les grandes contestations juridiques de l'antipsychiatrie aux Etats-Unis
(Union Médicale du Canada, Tome 105, 935-941, juin 1976)

F. GRUNBERG, BURTON I. KLINGER AND BARBARA GRUMET
Homicide and Deinstitutionalization of the Mentally Ill
(Am J Psychiatry 134:6, June 1977)

J. FUENTES BIGGI, U. GOETZL, F. GRUNBERG
Psicosis toxica de larga duraction por phencyclidina
(Archivos de Neurobiol, 40, 2 (117-122), 1977.

II -

F. GRUNBERG, UGO GOETZL, BERNARD BERKOWITZ
Lithium Carbonate in the Management of Hyperactive Aggressive Behavior of the Mentally Retarded
Comprehensive psychiatry Nov./Dec. 1977, vol. 18

F. GRUNBERG, BURTON, I. KLINGER, BARBARA R. GRUMET

Homicide and community-based psychiatry, Journal of Nervous and Mental Disease, 1978, vol. 166, no 12

III - LIVRES:

PSYCHIATRY - A concise textbook for primary care practice
Ed. Alan M. Kraft, m.d. - Arco Publishing Co. New York 1977

Chapitres rédigés:

- SITUATIONAL STRESS, UGO GOETZL and FREDERIC GRUNBERG pp. 39-47

.../8

III - LIVRES (suite):

- PERSONALITY DISORDERS, FREDERIC GRUNBERG, M.D.
  pp. 62-70

- MENTAL RETARDATION, FREDERIC GRUNBERG, M.D.
  pp. 177-186

MENTAL RETARDATION AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES - IX
Ed. Joseph Wortis, m.d. Brunner/Mazel Publishers New York, 1977

Chapitre rédigé:

- WILLOWBROOK: A VIEW FROM THE TOP, FREDERIC GRUNBERG, M.D.
  pp. 46-52

PSYCHIATRIE CLINIQUE: APPROCHE CONTEMPORAINE
Pierre Lalonde et Frédéric Grunberg, Gaëtan Morin, éditeur, Chicoutimi 1980.

IV - COMMUNICATIONS:

Lafon, R., Gros, B., LaBauge, R., Paleirac, R., Grunberg, F.

La Cisternographie
(Soc. d'électro-radiologie Médicale du Littoral Méditerranéen, Nice. 26-27: 1: 1952)

Euziere, G., Gros, C., La Bauge, R., Cadihlac, J., Grunberg, F., Vlahovitch, B.

Les formes psychiatriques des tumeurs cérébrales
(Soc. Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier)
Séance du 14 mars 1952

Lafon, R., Gros, C., Minvielle, J., Billet, B., Grunberg, F., Vlahovitch, B.

Eosinophilie sanguine et traitement psychiatrique
(Soc. Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier)
Séance du 25 avril 1952

Vidal, J., Lafon, R., LaBauge, R., Minvielle, J., Barjon, P., Grunberg, F.

Deux cas d'intoxication aiguë volontaire par compose amphétaminique
(Soc. Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier)
Séance du 3 mai 1952

.../9

IV - COMMUNICATIONS (suite):

Gros, C., Lafon, R., LaBauge, R., Cadilhac, J., Minvielle, J., Grunberg, F.

Récidive de méningiome temporo-occipital gauche d'expression psychiatrique prédominante
(Soc. Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier)
Séance du 3 mai 1952

Gros, C., Cazaban, R., Cadihlac, J., Vlahovitch, B., Grunberg, F.

Ramollissement calcarinien chez un syphilitique. Etude clinique et anatomique.
(Soc. Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier)
Séance du 27 juin 1952

Grunberg, F., LaFave, H., et al.

Reducing the population of a Mental Hospital
Communication au Congrès Annuel de l'Association des Psychiatres du Canada, Vancouvert, juin 1964

Grunberg, F.

Financial arrangements as they affect the distribution of Mental Health Services
Communication à la Conférence Nationale des Services de la Santé Mentale
Ottawa, 7 janvier 1966

Grunberg, F.

Psychiatry and anti-psychiatry
Grand Rounds, dept of psychiatry, Albany Medical College, Dec. 1973

Grunberg, F.

Reform of the Mental Health System Through Court Litigations: An American Experiment
(Communication au Congrès Annuel de l'Association des Psychiatres du Canada, Ottawa, septembre 1974)

Grunberg, F.

Legal Activism and Psychiatry
Grand Rounds at Allen Memorial Institute, McGill University, 10 avril 1974

.../10

IV - COMMUNICATIONS (suite):

Grunberg, F.

Homicide and Mental Illness
Grand Rounds, Dept of Psychiatry, Albany Medical College,
28 septembre 1976

Grunberg, F., Klinger, B., Grumet, B.

Homicide and the Deinstitutionalization of the Mentally Ill
Communication à l'assemblée annuelle de l'American
Academy of Psychiatry and Law, San Francisco, 25 octobre 1976

Grunberg, F.

Ethical Considerations on the Tarasoff Decision: Should
Therapists Warn the Potential Victims of their Patients?
Symposium on Ethics in Medicine, Albany Medical College,
January 13-15, 1976

Grunberg, F.

Le patient qui refuse de se soumettre à un examen psychiatrique
Communication au Congrès Annuel de l'Association des Psychiatres
du Québec, Trois-Rivières, 7 juin 1979.

FG/da
le 9 septembre 1980.
Revisé le 19 mars 1982.

... annexe

PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS:

A)

- Grunberg, F. L'angoisse et l'insomnie. Communication présentée au Symposium de l'Association des pharmaciens du Québec, Québec, 11 octobre 1981.

- Grunberg, F. Le psychiatre dans les années 80. Communication présentée dans le cadre du centenaire du centre hospitalier Douglas, Montréal, 25-26 novembre 1981.

- Grunberg, F. Les différentes écoles de pensée psychiatrique. Présentée aux membres du département de médecine générale, hôpital Louis-H. Lafontaine, 14 janvier 1982.

- Grunberg, F. Pourquoi les femmes sont-elles tellement plus déprimées que les hommes? Présentée au personnel médical et para-médical de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, 10 février 1982.

- Grunberg, F. et coll. Le suicide "Guérir le suicide?" Présentée dans le cadre d'Actuelles à la radio CBF-FM, 29 janvier 1982

- Grunberg, F. Aspects pratiques du traitement des dépressions en présentant l'usage des divers médicaments antidépresseurs et les autres modalités de traitement biologique, tel que l'électrochoc. Il a aussi examiné les diverses interventions d'orcre psychologique et sociale. Université de Montréal, Faculté de l'éducation permanente - Les Belles Soirées" 10 février 1982.

- Grunberg, F. Perspective on the care of the longer-term mentally ill an overview statement. Association Canadienne pour la Santé Mentale, Toronto, 24-26 février 1982.

- Grunberg, F. Le DSM III... ajoute-t-il à la précision du diagnostic clinique. Colloque de mise à jour sur les nouveaux moyens diagnostiques en psychiatrie. Association des Psychiatres du Québec, 26 mars 1982.

B)

- Demontigny, C., Grunberg, F., Mayer, A., Deschênes, J.-P. Lithium Induces Rapid Relief of Depression in Tricyclic Antidepressant Drug Non-Responders. Brit. J. Psychiat 138, 1981.

- Grunberg, F., Moamaï, N. Desmarais, G., Gagné, E. Examen psychiatrique sous ordonnance de cour à propos des patients qui refusent de se soumettre à un examen psychiatrique. Revue Canadienne de psychiatrie. Accepté pour publications 09-81

COMMUNICATIONS LORS DE CONGRES, SYMPOSIUMS, CONFERENCES, etc.

	Titre	Occasion (congrès, Association, etc.)	Date	Communication (a) à caractère scientifique (b) à caractère de vulgarisation	Publiée (indiquer par un X si se retrouve dans autre rubrique
1.-	Conduites de manipulation	Conférence interdisciplinaire Institut Philippe Pinel de Mtl	1978	A	
2.-	Conduites délirantes	Conférence interdisciplinaire Institut Philippe Pinel de Mtl	1978	A	
3.-	Introduction aux classifications diagnostiques Introduction aux classifications des troubles majeurs (modérateur de la journée du symposium)	Symposium sur les psychoses fonctionnelles Organisé par l'A.P.Q. en collaboration avec les départements de psychiatrie des Univ. Laval, McGill, Montréal et Sherbrooke	10-79	A	
4.-	"Sociology of Psychiatric Care"	CSAA session Saskatchewan Health, University Hosp., Saskatoon	1980	A	
5.-	Prédiction de la dangerosité en psychiatrie	Echange France-Québec Hôpital Chenevier à Créteil, France	11-80	A	
6.-	Homicide et psychiatrie communautaire	Echange France-Québec Hôpital de la Colombière, Montpellier, France	12-80	A	
7.-	Concept de la psychiatrie moderne, évolution historique, approche actuelle, milieu de travail comme instrument de réadaptation, ses effets bénéfiques.	Congrès - Ass. des Médecins du Travail du Québec Journée sur le stress, l'alcool et la maladie psychiatrique en milieu de travail	11-80	A	
8.-	Réflexion sur la prédiction de la dangerosité en psychiatrie	Hôpital Notre-Dame, Montréal Conférence interdisciplinaire	2-81	A	
9.-	Violence et psychiatrie	Hôtel-Dieu de Lévis, Québec Réunion mensuelle des psychiatres du Québec	3-81	A	

COMMUNICATIONS LORS DE CONGRES, SYMPOSIUMS, CONFERENCES, etc.

	Titre	Occasion (congrès, Association, etc.)	Date	Communication (a) à caractère scientifique (b) à caractère de vulgarisation	Publiée (indiquer par un X si se retrouve dans autre rubrique
10.-	Animateur - journée d'auto-évaluation psychiatrique PKSAP-IV	APQ - journée d'auto-évaluation (Association des Psychiatres du Québec)	3-81	A	
11.-	The future of the Mental Hosp.	Hôpital Douglas, Montréal	4-81	A	
12.-	Le patient qui refuse de se soumettre à un examen psychiatrique	Congrès annuel de l'Association des Psychiatres du Québec, Trois-Rivières	6-79	A	

PUBLICATIONS (suite)

1982

- Grunberg, F. Pourquoi les femmes sont-elles tellement plus déprimées que les hommes? Présentée au personnel de l'hôpital Louis-H. Lafontaine dans le cadre du programme d'enseignement multidisciplinaire, 10 février 1982

- Grunberg, F. Classification des maladies mentales. Présentée aux membres du département de médecine générale, hôpital Louis-H. Lafontaine, 3 juin 1982.

- Grunberg, F. Chômage. Nouvelles TVA, Télé-métropole, 9 juillet 1982

- Grunberg, F. "La crise de la quarantaine". La Vie Quotidienne, Radio-Canada, 30 septembre 1982

1983

- Grunberg, F. Conférence présentée à Ottawa au Ottawa General Hospital. "A new approach to the problem of suicide". 26 janvier 1983

- Grunberg, F. Participation au débat sur la dépression à l'émission Forum, Télé-métropole, 5 mars 1983

- Grunberg, F. Psychiatry grand rounds " The judiciary dimension in the hospitalization of psychiatric patients in Montreal", Centre hospitalier de St-Mary, 17 mars 1983

- Grunberg, F. Participation au débat sur les droits des malades mentaux à l'émission Forum, Télé-métropole, 19 mars 1983

- Grunberg, F. Participation au symposium international sur la schizophrénie et sa famille, 22 et 23 septembre 1983

- Grunberg, F. Préside une séance lors du symposium "Neurotransmetteurs Cérébraux et Psychiatrie" organisé à l'intention des psychiatres cliniciens du Canada, Québec, les 22 et 23 octobre 1983

- Grunberg, F. "The chronic mental patients: is there a future for them?" conférence présentée à "Association of relatives and friends of the mentally and emotionally ill

Montreal Inc", Montréal, le 24 octobre 1983

- Grunberg, F. Participation à une conférence de formation médicale continue: Violence - prédiction et implications légales, Centre hospitalier Douglas, le 8 décembre 1983

1984

- Grunberg, F. Symposium: "Benzodiazepine Therapy Today", Four Seasons Hotel, Toronto, Ont. - "Benzodiazepine Side Effects (Rebound Anxiety and Insomnia, Accumulation, Amnesia), 16 avril 1984

- Grunberg, F. Dans le cadre d'une journée d'information "Les patients sous ordonnance du Lieutenant-gouverneur: aspects cliniques et légaux" il a présenté: Réflexion d'un psychiatre siégeant à la Commission d'examen, Hôtel Reine-Elizabeth, 19 octobre 1984

1985

- Grunberg, F. "Législation et le réseau des services psychiatriques" Cours en santé mentale. Programme de la Maîtrise en Santé communautaire du département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, 30 janvier 1985

- Grunberg, F. "La judiciarisation des maladies mentales" présentée au Congrès de l'Association des hôpitaux du Québec les 14 et 15 mars 1985

- Grunberg, F. Participation au colloque sur "Les aspects médico-légaux dans la pratique psychiatrique courante", Le titre de sa conférence: "Logique légale versus logique psychiatrique". Colloque organisé de concert avec l'Institut Philippe Pinel et l'hôpital Louis-H. Lafontaine, 26 et 27 avril 1985

- Grunberg, F. Participation au congrès de l'A.P.Q. Il a présenté "Le suicide et la maladie mentale", les 14 et 15 juin 1985

FG/da
le 5 juillet 1985

Annexe 5

UNIVERSITY OF SASKATCHEWAN

Le 8 janvier 1986

M. George T.H. Cooper
C.P. 730
1673 Bedford Row
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Maître,

Je vous fais parvenir la présente lettre en réponse aux discussions téléphoniques que nous avons eues à la fin de novembre et qui ont été résumées dans votre lettre du 26 novembre 1985. Dans cette lettre, vous avez énoncé les questions auxquelles vous souhaitiez obtenir des réponses concernant l'Institut Allan Memorial et, plus particulièrement, les travaux de son défunt directeur, le Dr Ewen Cameron.

Avant de répondre à vos questions, j'aimerais faire certaines mises en garde qui devraient être prises en considération par toute personne prenant connaissance de mon opinion relativement à ces questions.

Tout d'abord, je ne connaissais pas le D^r Cameron personnellement. Bien que je l'aie rencontré une fois lors d'une réception, je n'ai pas eu l'occasion de l'entendre à des colloques scientifiques ou des réunions professionnelles. Par conséquent, toutes mes observations sont fondées uniquement sur les documents du D^r Cameron que j'ai réussi à obtenir.

Ensuite, mon opinion quant à la compétence du D^r Cameron comme chercheur est fondée sur un échantillon réduit d'articles par rapport au nombre total qu'il a publiés tout au long de sa carrière. Cet échantillon comprenait toutefois des documents qui avaient trait à sa recherche sur la "saturation psychique" et la "déstructuration". Il s'agissait là, semble-t-il, de deux questions qui l'intéressaient particulièrement vers la fin de sa carrière.

Enfin, mon opinion concernant "l'orientation de la recherche psychiatrique à l'époque" et, en particulier, l'état de la déontologie médicale au cours de cette période est fondée dans une certaine mesure sur mon expérience personnelle, mais encore davantage sur l'évaluation que j'ai faite des documents de recherche publiés dans les trois principales revues psychiatriques nationales, à savoir le Journal de l'Association des psychiatres du Canada, le Journal of the American Psychiatric Association et le Journal of Mental Science (qui devint par la

suite le British Journal of Psychiatry). J'ai choisi l'année 1962 car c'est cette année-là que le Dr Cameron publia son mémoire intitulé "The Depatterning Treatment of Schizophrenia" dans "Comprehensive Psychiatry" (avril 1962).

À mon avis, si l'on veut bien comprendre où se situait la théorie et la pratique psychiatrique au cours des années 1960, il faut replacer la psychiatrie dans la perspective des progrès réalisés dans le domaine de la médecine. La croissance phénoménale de la recherche fondamentale et clinique en médecine après la Seconde Guerre mondiale a été favorisée non seulement par l'avènement de nouvelles technologies, mais encore par le mariage de la médecine clinique et de la biostatistique. Ce progrès a conféré une rigueur accrue à la recherche médicale, ce qui a eu des répercussions sur toutes les branches de la médecine, y compris la psychiatrie. La recherche en psychiatrie tirait toutefois de l'arrière, comme il a été noté dans l'introduction du rapport n° 42 (1959) du Group for the Advancement of Psychiatry. Les auteurs de ce rapport affirmaient ce qui suit : (TRADUCTION) "Par rapport aux autres disciplines médicales, la psychiatrie ne jouit pas d'une solide tradition en matière de recherche, qui soit orientée vers l'étude empirique systématique de problèmes importants. En même temps, il faut dire que nous n'avons pas un grand besoin d'hypothèses de travail immédiatement applicables qui nous aident dans le traitement des malades. Ces conditions font qu'on a tendance à tirer des

conclusions hâtives et souvent prématurées lorsque des hypothèses plausibles sont mises de l'avant par des sommités dans le domaine. Avec le temps, il peut être facile d'oublier qu'il s'agit d'hypothèses non vérifiées et c'est ainsi qu'elles finissent par être considérées comme des faits établis. Il reste cependant vrai, en psychiatrie comme dans les autres domaines scientifiques, que l'autorité ne peut pas remplacer les données factuelles." (je souligne). Je crois que cette affirmation s'applique particulièrement bien aux travaux du Dr Cameron.

L'examen des revues psychiatriques répertoriées de l'année 1962 semble indiquer une tendance vers une précision accrue dans le diagnostic et la classification des troubles mentaux; un intérêt plus marqué pour l'étude de groupes de patients qui présentent des entités morbides particulières; un plus grand intérêt à l'égard de la recherche des manifestations physiologiques du comportement de même qu'une attention supérieure à l'évaluation des traitements. Cette tendance générale représentait, dans mon esprit, une orientation nouvelle par rapport à celle de la période d'après-guerre, au cours de laquelle les théories socio-culturelles et psychanalytiques du comportement occupaient une place prédominante, tandis que la psychiatrie biologique était reléguée au second plan. Il va sans dire que la mise au point des tranquillisants et, par la suite,

des antidépresseurs a suscité un nouvel intérêt à l'égard des fondements biologiques du comportement et a facilité le rapprochement de la psychiatrie et des sciences neurologiques. Il reste toutefois que l'application des méthodes de recherche de ce qu'il est convenu d'appeler les sciences pures (par exemple la biochimie, la neurophysiologie, etc.) à la recherche psychiatrique posait de nombreux problèmes, notamment en raison de l'absence d'une classification généralement reconnue des troubles mentaux. En effet, cette absence de consensus quant aux critères diagnostiques devait être un obstacle majeur à la production et au partage d'informations nouvelles sur la maladie mentale. Ce facteur a sans doute contribué à retarder le développement de la recherche psychiatrique.

La lecture de ces revues et d'un certain nombre d'ouvrages de l'époque montre qu'à la fin des années cinquante et au cours des années soixante, la psychiatrie continuait d'utiliser des traitements qui avaient des antécédents historiques mais aucun fondement scientifique. Cette constatation est amplement confirmée par un article publié en 1962 dans le American Psychiatric Association Journal par un éminent psychiatre britannique. Celui-ci explique la contribution importante aux soins des patients apportée par des traitements comme la lobotomie, le coma insulinique, les amphétamines et les barbituriques. Quelques années plus tard, évidemment, toutes ces thérapies étaient tombées en discrédit,

soit en raison de l'absence de preuves quant à leur efficacité ou parce que les risques inhérents à leur usage étaient bien supérieurs à leur valeur thérapeutique (si tant est qu'elles en eussent une). Même l'électroconvulsivothérapie, qui était largement utilisée à l'époque et qui est encore aujourd'hui considérée comme un traitement efficace contre un nombre limité d'affections, était alors généralement acceptée, même en l'absence de mesures scientifiques valables de son efficacité. En effet, dans une publication récente, Kendel indiquait que des nombreuses études portant sur l'usage de l'électroconvulsivothérapie, seulement dix pouvaient être considérées comme étant rigoureusement "scientifiques".

À la fin des années cinquante et au début des années soixante, la recherche psychiatrique, telle que nous la connaissons aujourd'hui, n'en était qu'à ses premiers balbutiements. Seuls quelques centres avaient des programmes ou des services de recherches. S'il y avait de plus en plus de rapports sur de nouveaux traitements, il reste que les études étaient de très mauvaise qualité, et surtout dans le cas des essais cliniques de nouveaux médicaments. L'Institut Allan Memorial était l'un des rares établissements en Amérique du Nord à s'être engagé à faire avancer la recherche psychiatrique de même que les chercheurs en psychiatrie. Il était reconnu comme le premier centre psychiatrique universitaire au Canada. Il

jouissait en outre d'une réputation enviable aux États-Unis et à l'étranger. Il est certain qu'au début, ce centre devait largement sinon essentiellement sa grande renommée au Dr Ewen Cameron. Celui-ci était reconnu par ses collègues comme l'une des sommités, sinon la sommité, en psychiatrie au Canada. Sa réputation était fondée sur l'une de ses premières réalisations qui avait consisté à organiser les services psychiatriques de la ville de Brandon (Manitoba) au cours des années trente. En outre, au cours des années quarante et cinquante, il avait établi le programme de recherche et d'enseignement à l'Institut Allan Memorial. Il réussit à y attirer tout une groupe de jeunes psychiatres brillants, dont un grand nombre devinrent par la suite directeurs des départements de psychiatrie d'universités nord-américaines ou laissèrent leur marque dans l'enseignement ou la recherche. Cameron avait des antécédents impeccables. Il reçoit son baccalauréat en médecine (M.B.) à l'Université de Glasgow et, en 1925, son diplôme en médecine psychologique de l'Université de Londres. En 1936, il reçoit son doctorat en médecine avec la mention "distinction" de l'Université de Glascow. En 1937, il est élu Fellow de l'American Psychiatric Association. En ce qui concerne sa formation psychiatrique, il reçoit sa formation initiale à l'Université de Londres et en 1925, il reçoit son doctorat en médecine psychiatrique (DPM), et, en 1926, il devient chercheur attaché (Henderson Research Fellow) à la Phipps Clinic de Baltimore. Il passe également un certain temps à la Burghoelzli

Clinic. Cet établissement était un centre de formation psychiatrique de réputation internationale. De 1929 à 1936, il est directeur du Provincial Mental Hospital à Brandon. De 1936 à 1938, il est directeur résident de la recherche au Worcester State Hospital et, de 1938 à 1943, il est professeur de neurologie et de psychiatrie au Albany Medical College de l'État de New York. En 1943, il est nommé professeur et directeur du Département de psychiatrie de l'Université McGill. Dans une notice biographique, préparée par le Dr Gregory Zilboorg et publiée dans le American Psychiatric Association Journal en 1953, il est souligné que le Dr Cameron a déjà écrit 80 articles et "plusieurs ouvrages". Un examen de son curriculum vitae nous montre qu'il a gravi rapidement les échelons du milieu universitaire. Le fait qu'il a été élu directeur de trois organisations psychiatriques de grand prestige, à savoir l'Association des psychiatres du Canada, l'American Psychiatric Association et l'Association mondiale de psychiatrie atteste de la position qu'il occupait au sein de la profession. Bref, quels qu'aient pu être ses défauts sur le plan personnel, il jouissait de toute évidence d'une très grande crédibilité professionnelle.

Il semble que le Dr Cameron se soit intéressé à la fois à la neurologie et à la psychiatrie. Cela n'était pas rare à l'époque, et de nombreux psychiatres avaient reçu une formation dans deux disciplines. Bien qu'il ne fut pas psychanalyste, à l'instar d'un grand nombre de ses contemporains, il avait

librement recours à des concepts psychanalytiques, comme le rôle de l'inconscient, les conflits intrapsychiques, etc. Ces théories, comme celles de nombre de ses collègues de l'époque, témoignaient à la fois de son intérêt pour la psychanalyse et pour la biologie. Il est certain que ses travaux sur la déstructuration et la saturation psychique rendent compte de cette orientation. Le Dr Cameron ne fut cependant pas le seul à suivre cette voie, car Lawrence Kubie et le renommé Walter Penfield ont participé à des projets de recherche en vue de trouver des fondements structuraux à certains concepts psychanalytiques.

Lorsqu'on tente d'évaluer l'oeuvre du Dr Cameron au cours des années cinquante et du début des années soixante, il importe de se pencher sur la relation qui existait entre le patient, la famille et le médecin (psychiatre). Bien que je n'aie aucune donnée probante à cet égard, je crois qu'à l'époque on acceptait bien les médecins. J'ai également l'impression que le psychiatre jouissait d'un grand respect auprès des patients et/ou de leur famille (bien que non auprès du public). Je crois que cette relation était attribuable au caractère mystérieux des troubles mentaux et à toute l'ignorance qui entourait cette question. Le fait que le psychiatre, à l'aide de méthodes qui leur étaient inconnues (contrairement à l'omnipraticien), parvienne à comprendre une situation souvent irrationnelle contribuait à renforcer cette position. Souvent, la famille renonçait à prendre la responsabilité de décider ce qui était le

mieux pour le malade. Elle n'était que trop heureuse de confier cette responsabilité au psychiatre ou au directeur médical. D'après mon expérience, je peux affirmer qu'en règle générale les psychiatres se sont montrés dignes de cette confiance et que dans leur traitement ils étaient guidés par ce qu'ils croyaient être le meilleur intérêt du patient. Malheureusement, les faits semblent indiquer que l'idée qu'ils avaient de ce qui était "le meilleur intérêt du patient" était fondée sur une théorie ainsi que des preuves scientifiques bancales. En outre, confronté à l'énorme demande de services et à une pénurie de traitements efficaces, le psychiatre devait souvent, au cours des années cinquante et au début des années soixante, avoir recours à des traitements nouveaux dont l'efficacité n'avait pas encore été démontrée (scientifiquement), mais qui avait certaines chances de succès. À mon avis, cette façon de procéder était tout à fait compréhensible.

Malgré la découverte des tranquillisants, la schizophrénie demeurait une énigme pour les psychiatres des années 1950 et 1960. Voilà qui explique peut-être pourquoi le Dr Cameron, soucieux de conserver son rôle de chef de file, avait choisi de s'attaquer à ce problème épineux et complexe. En se penchant sur les cas de schizophrénie traités dans le passé, il nota un taux de rechute extrêmement élevé. Il avança l'hypothèse que ce phénomène était attribuable à l'une de deux causes, à savoir un traitement initial inadéquat ou une post-observation

inappropriée. Il estimait de toute évidence que les schizophrènes devaient recevoir un traitement intensif dans un premier temps. Il croyait que la schizophrénie résultait d'un schème de pensée mésadapté acquis. Son objectif consistait donc à "déstructurer" les schèmes mentaux du patient au moyen de trois techniques : 1) l'électroconvulsivothérapie massive, 2) la cure de sommeil et 3) la sismothérapie d'entretien. Aucune de ces techniques n'était nouvelle. L'électroconvulsivothérapie massive avait été utilisée (avec modération) depuis 1946 tandis que la narcothérapie avait connu une certaine vogue dix à quinze ans auparavant. À l'époque où Cameron mena ses expériences pendant les années soixante, ni l'une ni l'autre n'était utilisée de façon courante, et l'on pouvait conclure qu'elles n'étaient pas acceptées généralement. Pour sa part, bien qu'elle ne fût pas universellement reconnue, la sismothérapie d'entretien comptait un certain nombre d'adeptes, mais elle fut bientôt remplacée par les tranquillisants majeurs et les antidépresseurs. En ce qui concerne l'électroconvulsivothérapie, cette technique était largement utilisée et généralement reconnue comme efficace dans le traitement de divers troubles mentaux. Le patient recevait généralement trois séances d'électrochocs par semaine jusqu'à ce qu'on observe une amélioration marquée de son état clinique. En général, cela signifiait qu'un patient recevait de huit à douze traitements (très souvent moins et, dans quelques cas, davantage). L'utilisation de myorelaxants dans la sismothérapie a permis d'administrer ce traitement à de plus en plus de

patients qui avaient été exclus auparavant pour des raisons d'ordre médical. Encore aujourd'hui, on utilise les électrochocs dans le traitement de troubles mentaux, bien que pour un groupe d'affections limité.

En résumé, on peut dire que les techniques thérapeutiques utilisées par le Dr Cameron dans le cadre de ses expériences de déstructuration avaient déjà été utilisées en psychiatrie. Je crois toutefois qu'en 1962, seule la sismothérapie d'entretien connaissait toujours une certaine vogue.

À la fin des années cinquante et au début des années soixante, de grands changements se produisaient dans le traitement des malades mentaux. De nouveaux médicaments efficaces venaient d'être découverts et l'on reconnaissait de plus en plus les effets fâcheux éventuels d'une hospitalisation prolongée. Cette percée vint accroître les attentes des psychiatres qui tentaient de trouver des méthodes nouvelles et efficaces de réduire la durée du séjour et, en effet, de prévenir l'hospitalisation des sujets atteints de troubles mentaux. La découverte de méthodes thérapeutiques efficaces eut des répercussions considérables sur le moral du personnel des hôpitaux psychiatriques, qui vit l'établissement se transformer d'un entrepôt en un centre de traitement actif et de réadaptation. La demande de médicaments nouveaux et plus

efficaces provoqua une avalanche d'essais de nouveaux psychotropes. Les essais cliniques réalisés sur des malades mentaux et, en particulier, des consultants externes suscitaient toutefois d'énormes difficultés. Il était en effet difficile de réunir un nombre de consultants externes suffisamment important pour pouvoir tirer des conclusions statistiquement valables. En outre, on savait très bien que ces patients ne se conformaient pas au régime thérapeutique, et par conséquent, il était difficile de déterminer s'ils prenaient leurs médicaments ou non. Par ailleurs, il arrivait souvent que les consultants externes cessent de faire partie du groupe d'étude en raison de leur manque de motivation, phénomène qui accompagne souvent le processus pathologique. Il était donc compréhensible que, devant le double problème que représentaient la conception et la mise en oeuvre d'essais cliniques scientifiquement rigoureux auprès de consultants externes et la nécessité de trouver des solutions à des problèmes cliniques urgents, nombre de chercheurs se soient tournés vers les hôpitaux psychiatriques ou les services psychiatriques d'hôpitaux généraux en vue de trouver des sujets pour leurs recherches cliniques. Le recours à des malades hospitalisés dans des grands hôpitaux provinciaux atténuait considérablement les problèmes méthodologiques que représentaient le nombre de patients, le respect du régime thérapeutique et l'attrition.

La défense des droits des patients n'était pas une question importante dans l'exercice de la psychiatrie à la fin des années cinquante et au début des années soixante. Même si elle prévoyait des procédures d'appel contre le processus d'internement, la législation sur la santé mentale n'intégrait pas la défense des droits des patients dans les lois provinciales sur la santé mentale. Les patients et leur famille devaient se débrouiller par eux-mêmes (parfois avec l'aide de leur avocat) lorsqu'il y avait des conflits entre eux et les autorités hospitalières. Cela mettait de nombreuses familles dans une situation difficile, car elles étaient parfois totalement dépendantes de l'établissement pour la prise en charge du membre de leur famille. Pour cette raison, on peut donc se demander si le "consentement" donné par le patient ou en son nom était vraiment libre de toute contrainte.

À mon avis, les recherches menées par le D^{r} Cameron semblent conformes aux normes de son époque. Si ses méthodes, telles qu'elles nous sont présentées dans ses mémoires, étaient gravement déficientes, il reste qu'elles n'étaient pas pires que les autres qu'on retrouve dans la littérature à cette époque. Au cours de cette période, il arrivait souvent que les rapports psychiatriques ne contiennent ni critère diagnostique précis ni mesures normalisées des résultats. À cet égard, je vous invite à consulter l'évaluation faite par Kendel de la recherche sur l'électroconvulsivothérapie.

Le sujet sur lequel portaient les recherches du Dr Cameron (c'est-à-dire la schizophrénie) était très pertinent, car cette maladie représentait l'une des principales entités cliniques auxquelles devaient faire face les psychiatres de l'époque. Son idée qu'une intervention précoce et un traitement adéquat associé à un programme de post-observation rigoureux contribuaient largement à réduire le degré d'incapacité chez les schizophrènes semble raisonnable. Je crois toutefois que la méthode qu'il a utilisée est très contestable parce qu'il faisait appel à deux techniques qui comportaient des risques non négligeables et dont on n'a pas encore démontré l'efficacité.

Lorsqu'on se penche sur les questions déontologiques qui entourent la recherche psychiatrique, passée et actuelle, on doit d'abord regarder l'évolution de toute la recherche sur des sujets humains. Il va sans dire que la révélation des sévices exercés sur des humains dans le cadre des recherches dites médicales menées en Allemagne et au Japon au cours de la Seconde Guerre mondiale a contribué à sensibiliser les communautés médicale et scientifique à la nécessité d'avoir un code de déontologie universel. L'évolution de ce code est décrite dans le rapport n° 6 du Conseil de recherches médicales du Canada (1978) intitulé "La déontologie de l'expérimentation chez l'humain". Les premières lignes directrices semblent avoir été la Déclaration de Nuremberg qui découle évidemment des procès des criminels de guerre à la fin des années quarante. Par la suite,

la Déclaration de Helsinki (1964 et 1974) fut adoptée par l'Association médicale mondiale en tant que ligne directrice régissant l'expérimentation sur les humains. Enfin, un groupe de travail créé en 1977 par le Conseil de recherches médicales du Canada proposa des lignes directrices applicables à la recherche menée dans les établissements et par les chercheurs canadiens.

Je ne discuterai pas en détail du rapport du CRM étant donné que ce document vous est facilement accessible. J'aimerais seulement souligner que dans le rapport en question il est établi que la condition sine qua non de toute recherche portant sur des sujets humains est qu'elle soit valable du point de vue scientifique. De l'avis du Conseil, si une recherche n'a pas de valeur scientifique, il est impossible de justifier le fait de faire courir des risques à des êtres humains afin de mener une expérience. En outre, le rapport aborde divers sujets dont le "consentement éclairé", le recours à des sujets "captifs", l'utilisation de ses propres patients dans la recherche ainsi que les responsabilités morales du chercheur, de l'établissement et de l'organisme commanditaire. En plus d'énoncer les lignes directrices morales, les auteurs du rapport proposent des méthodes d'application, comme la création de comités de déontologie dans les établissements et la préparation d'un exposé accompagnant les demandes de subventions adressées au Conseil de recherches médicales et attestant du fait que les questions d'ordre moral ont été analysées et réglées à la satisfaction du

chercheur et du comité de déontologie de l'établissement. En raison de mon expérience personnelle au College of Medicine de l'Université de la Saskatchewan, je suis d'avis que ces lignes directrices sont respectées et qu'elles ont abouti à une plus grande sensibilisation aux questions morales qui se rapportent non seulement à la recherche médicale mais encore au soin des patients en général. Si ces lignes directrices avaient existé à l'époque où le Dr Cameron travaillait au Allan Memorial, je doute sérieusement qu'il aurait pu effectuer ses recherches. Chose certaine, il n'aurait pas pu le faire comme il l'a décrit dans ses mémoires.

Il est difficile de comparer sur le plan moral les pratiques d'aujourd'hui à celles du passé; cela est particulièrement vrai dans le cas de la recherche. Les principales sources d'information dont nous disposons au sujet de la recherche sont les rapports publiés dans les revues scientifiques. Malheureusement, il est rarement question des modes de "recrutement" des patients dans les programmes de recherche. Il y a, il est vrai, certains articles, notamment en psychologie, dans lesquels on fait allusion spécifiquement à l'usage de "volontaires". Encore ici, cependant, il convient de faire une mise en garde, car l'usage de "volontaires" ne garantit pas nécessairement que les questions comme celles du consentement éclairé ont été réglées de façon satisfaisante. (Voir Halushka v the University of Saskatchewan, (1965) 53 D.L.R. (2d°) 436-466,

À cause de ce qui précède, j'estime ne pouvoir donner qu'une opinion générale au sujet des normes morales de la recherche médicale et psychiatrique. Je crois qu'il est maintenant clairement reconnu que la responsabilité de veiller à la qualité (tant du point de vue scientifique que moral) de la recherche sur des êtres humains appartient conjointement aux chercheurs, à l'établissement dans lequel ils travaillent et à l'organisme qui verse les subventions nécessaires à la réalisation de ses recherches. Je crois que tous les trois pourraient être et seraient actuellement tenus responsables dans le cas de projets qui ne satisfont pas aux normes actuelles de pratique en matière de recherche au Canada. Nous sommes arrivés à ce point au terme d'une évolution progressive, comme en témoigne le rapport du groupe de travail du Conseil de recherches médicales. L'affaire Halushka v University of Saskatchewan semble certainement indiquer que les critères déontologiques actuels n'étaient pas appliqués de façon universelle en 1964. Pour cette raison, je ne suis pas absolument convaincu que ces obligations fussent aussi clairement établies ou reconnues par les chercheurs, les établissements ou les organismes qui versaient les subventions au cours des années cinquante et au début des années soixante. C'était là particulièrement le cas, je crois, de la recherche psychiatrique qui, de toute évidence, ne bénéficiait pas d'une longue tradition de recherche comme les autres disciplines

médicales. Voilà qui explique peut-être en partie l'indifférence apparente du Dr Cameron et d'autres chercheurs à l'égard de ce qu'on considère aujourd'hui comme des garanties essentielles des droits des patients.

J'espère donc avoir répondu à la plupart des questions soulevées dans votre lettre du 26 novembre dernier, et je vous prie d'agréer, Maître, l'expression de mes sentiments distingués.

I.M. McDonald, M.D.,
Doyen de la Faculté de médecine.

CURRICULUM VITAE

FOR

McDONALD, Ian Maclaren

Department of Psychiatry

1. PERSONAL:

Born May 20, 1928
Employee No. 33885

2. ACADEMIC CREDENTIALS:

M.D., University of Manitoba, 1953, College of Medicine

3. OTHER CREDENTIALS:

F.R.C.P.(C), Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Psychiatry, 1972

4. APPOINTMENT(S) AND PROMOTIONS (U OF S):

Assistant Professor of Psychiatry, Without Term, 1958-62, College of Medicine
Associate Professor of Psychiatry, Tenured, 1962, College of Medicine
Professor of Psychiatry, Tenured, 1967, College of Medicine
Head, Department of Psychiatry, Tenured, 1971 to present, College of Medicine

5. ASSOCIATE MEMBERSHIPS:

Nil

6. LEAVES:

Leave, Edinburgh, Scotland, 1967 to 1968

7. HONOURS (MEDALS, FELLOWSHIPS, PRIZES):

Fellow, American Psychiatric Association
Post-Doctoral Fellow, Edinburgh University, 1967 to 1968
Sandoz Visiting Professor
Canadian Mental Health Association - Special Recognition Award 1983

8. PREVIOUS POSITIONS RELEVANT TO U OF S EMPLOYMENT:

Instructor in Psychiatry, University of Colorado, School of Medicine, 1957 to 1958
Resident (Chief), Colorado Psychopathic Hospital, University of Colorado, 1956 to 1957
Fellow in Neurology, University Hospital, University of Saskatchewan,

1955 to 1956
Resident, Munroe Wing, Regina General Hospital, 1954 to 1955
Resident, Crease Clinic, Essondale, British Columbia, 1953 to 1954

9. TEACHING RECORD:

Undergraduate Education:
MMSI - 2 to 3 mornings per year
Med. II - 301B - Lectures (1 hr x 13); Tutor in small groups (2 hrs x 13)
Med II - 350A - 2 hr seminar
Med III & IV - 3 hrs/week (1 student for each 8-week period)
Med V - JURSI Seminars, Supervision of JURSI Ward Responsibilities and Outpatient Consultations

Postgraduate Education:
Seminar Teaching
Supervision of Inpatient and Outpatient Interviews and Treatment

Home Care Conferences:
- Involves meeting with Home Care Nurses for 1 1/2 hrs every 3 months to discuss caseload (also on p.r.n. basis)

10. THESES SUPERVISED:

Nil

11. BOOKS, CHAPTERS IN BOOKS, EXPOSITORY AND REVIEW ARTICLES:

nil

12. PAPERS IN REFEREED JOURNALS:

PUBLISHED:

I.M. McDonald, 1971. Diagnostic Significance of Physical Signs Produced During E.C.T. Canadian Medical Association Journal, 104, 311-312.

I.M. McDonald, 1970. Psychiatry and the Law. Laval Medical Journal, 41, 775-783.

D.G. McKerracher, C.M. Smith, F.E. Coburn and I.M. McDonald, 1966. General Practice Psychiatry. College of General Practice of Canada Journal, 12, 38-41.

D.G. McKerracher, C.M. Smith, F.E. Coburn and I.M. McDonald, 1965. General Practice Psychiatry. The Lancet, November, 1005-1007.

I.M. McDonald and M. Perkins, 1966. A Controlled Comparison of Amitriptyline and Electro-Convulsive Therapy in the Treatment of Depression. American Journal of Psychiatry, 22, p. 1427, June.

ACCEPTED:

NIL

13. PAPERS IN NON-REFEREED JOURNALS:

PUBLISHED:

NIL

ACCEPTED:

NIL

14. INVITED PAPERS IN PUBLISHED CONFERENCE PROCEEDINGS AND ABSTRACTS:

NIL

15. CONTRIBUTED PAPERS IN PUBLISHED CONFERENCE PROCEEDINGS AND ABSTRACTS:

NIL

16. TECHNICAL REPORTS RELEVANT TO ACADEMIC FIELD:

NIL

17. BOOK REVIEWS:

NIL

18. INVITED LECTURES OUTSIDE U OF S AND INVITED CONFERENCE PRESENTATIONS:

I.M. McDonald, 1979. Community Psychiatry. November 25, Yellowknife, North West Territories.

I.M. McDonald, 1978. Confidentiality in Psychiatry. Canadian Psychiatric Association, Halifax, Nova Scotia.

I.M. McDonald, 1977. Psychiatry and the Law

I.M. McDonald, 1977. Suicide

I.M. McDonald, 1968. Student Mental Health, University of Calgary, Calgary, Alberta.

I.M. McDonald, 1968. The Medical Aspects of Privilege, University of Calgary, Calgary, Alberta.

19. PRESENTATIONS AT CONFERENCES (Non-Invited):

NIL

20. PATENTS GRANTED OR PENDING:

NIL

21. RESEARCH GRANT INFORMATION:

Nil

22. ARTISTIC EXHIBITIONS OR PERFORMANCES:

Nil

23. PROFESSIONAL PRACTICE:

Administrative Responsibilities:

Clinical Department Heads in the College of Medicine traditionally have dual responsibilities both as Heads of Academic Departments and Heads of Clinical Departments of University Hospital. As such, they are responsible to two governing Boards; namely those of the University of Saskatchewan and University Hospital. However, Psychiatry has a third line of accountability and that is to the Minister of Health. In that the Clinical Department is designated as a 'facility' under the Mental Health Act and the Department Head is designated as Medical Officer-in-Charge, he is by law, accountable to the Minister of Health to ensure that the regulations and provisions of the Mental Health Act are carried out in accordance with the law. In Saskatoon an anomalous situation exists in that the Head of the Department of Psychiatry at University Hospital is also Medical Officer-in-Charge for the two other designated facilities (the Psychiatric Ward at City Hospital and for the Regional Psychiatric Centre). In fact, then, the Head of the Department of Psychiatry is responsible for the quality of all inpatient care in the Saskatoon catchment area. This includes the 254,000 population in the Saskatoon Mental Health Region as well as those inmates of the Federal and Provincial Correctional systems who may be treated at the Regional Psychiatric Centre. The duties of the Medical Officer-in-Charge entail the monitoring of all clinical activities in these centres with particular emphasis on those involving treatment of involuntary patients. It should be noted that in this province this function is normally carried out by a Regional Director in the Psychiatric Services Branch. However, in the Saskatoon catchment area this function of the Regional Director is carried out by the Head of the Department of Psychiatry at University Hospital.

Service Responsibilities:

The Head of the Department of Psychiatry is responsible for the provision of inpatient, outpatient, day care, home care activities; as well as the provision of psychological, social work and occupational activities within this Department and in other departments of the hospital where psychiatric patients may be treated. This results in a number of people reporting directly to the Department Head; namely, the Clinical Director of 5DE, the Head Nurse of 5DE; Head of Social Work of 5DE; Head of Occupational Therapy of 5DE; Head of Clinical Psychology; Head of Division of Child and Youth Psychiatry; Coordinator of Community Adolescent Program; Head of Home Care; Coordinator of McKerracher Day Care

Centre; Head of Psychiatric Services in the Student Health Centre and Head of Forensic Services in the Department of Psychiatry.

Educational Activities:

As academic Head of Psychiatry, the Department Head is responsible to the College of Medicine and the University of Saskatchewan for providing Undergraduate and Graduate Teaching Programs in Psychiatry in both the Medical School and for the Royal College Residency Training Program. The Department of Psychiatry is involved in teaching programs in Regina and Saskatoon. The Undergraduate Programs in Regina involve final year (JURSI) students. The Department of Psychiatry is also responsible for providing Residency Training for Psychiatric Residents as well as Family Practice Residents in both Saskatoon and Regina. The Department is also involved in various outreach programs in providing continuing education to District Medical Societies, to Refresher Courses, and for In-Service Programs within University Hospital and other hospitals throughout the province.

The Department Head delegates responsibilities for the various educational programs to the Directors of Undergraduate Education (Saskatoon and Regina); to the Directors of Graduate Training in Psychiatry (Saskatoon and Regina); the Coordinator of Residency Training in Psychiatry for Family Practice (Saskatoon and Regina).

Research:

The Department Head is responsible for encouraging and facilitating the development and carrying out of research activities both at basic and clinical levels. As such, he has close liaison with the Research Division of the Psychiatric Services Branch, Department of Health, which is physically located within the Department of Psychiatry and whose senior members hold appointments in the academic department.

Planning:

The Department of Psychiatry is reponsible for developing innovative programming in the area of psychiatric care. As such, it must work in close liaison with the Department of Health. In accordance with this working relationship, the Department Head and various members of the Department are involved in many government planning committees, including such areas as the provision of Forensic Services, Child and Youth programming, Community Care and Hospital Care.

It should be pointed out that the Saskatoon catchment area (Mental Health Region) is a self-contained catchment area and may not use mental hospital beds at Saskatchewan Hospital, North Battleford, for backup. This places a very heavy service burden on the Department of Psychiatry, being the major inpatient resource; and, an extra burden on the Department Head in his joint role as Head of the University Hospital Department and the Medical Officer-in-Charge of all three inpatient units in the City of Saskatoon.

24. CONSULTING WORK UNDERTAKEN:

Consultant to British Columbia Department of Health re Psychiatric Emergency Services in Victoria, March, 1981

Consultant to University of B.C. re Organization of Psychiatric Services in the Department of Psychiatry, Health Sciences Centre Hospital, September to November, 1981

25. DEPARTMENTAL AND COLLEGE COMMITTEES:

Phase II Curriculum Committee, Member, 1976 to present
Pharmacy Committee, Chairman
Medical Staff, President
Medical Advisory, Chairman
Discipline Committee, Chairman
Medical Audit Committee, Member
Abortion Committee, Member
Admissions Committee, Member, 1966-67
Sub-Committees on Curriculum Committee and Forward Planning, Member, 1966
Continuing Medical Education, Member, 1962-64
Library Committee, Member, 1960-62

26. UNIVERSITY COMMITTEES:

Advisory Committee on Student Health, Member
Campus Committee on Alcoholism, Member
Co-ordinating Committee, RPC, Chairman, July, 1981 to present
Tenure Appeal Committee, Chairman, May-July, 1981

27. PROFESSIONAL AND ASSOCIATION OFFICES AND COMMITTEE ACTIVITY OUTSIDE UNIVERSITY:

Member, Highway Traffic Safety Committee, College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan
Member, Mental Health Committee, College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan
Member, Review Panel, National Parole Service, Canada
Member, Advisory Committee on Mental Health, Department of National Health and Welfare
Secretary, Section on Psychiatry and Federal Agencies, Canadian Psychiatric Association
Member, Alcoholism Commission of Saskatchewan
Chairman, Alcoholism Commission of Saskatchewan
Member, Provincial Review Board
Member, Criminal Justice Coordinating Committee
Vice-Chairman, Liaison Committee re Establishment of Regional Psychiatric Centre in Saskatoon (Canadian Penitentiary Service)
Consultant to National Parole Board
Consultant to Canadian Penitentiary Service
Chairman, Examining Board of Registered Psychiatric Nurses Association
Member, Examining Board of Saskatchewan Association of Social Workers
Chairman, Sub-Committee on Confidentiality for Canadian Psychiatric

Association
Member, Consultative Group on Mental Health Research, Department of National Health and Welfare
Member, Canadian Psychiatric Association
Member, Saskatchewan Psychiatric Association
Member, American Psychiatric Association
Member, Canadian Medical Association
Member, Saskatchewan Medical Association
Member, Vanier Institute of the Family
Chairman, Mental Health, Saskatchewan Association, Task Force, 1980-81
Consultant to Department of Health, re PSB Programmes, 1981
Consultant to the Canadian Association of Mental Retardation, Toronto, 1981

28. PUBLIC AND COMMUNITY CONTRIBUTIONS:
UNIVERSITY RELATED:

Community Psychiatry - Central Butte, Humboldt, Rosthern
Lectures at Saskatchewan Hospital, North Battleford

NOT UNIVERSITY RELATED:

Member, Alcohol Commission of Saskatchewan
Chairman, Alcohol Commission of Saskatchewan
Co-Director, International School of Alcohol Studies
Mental Health Committee, Saskatchewan Medical Association
Highway Traffic Safety Committee, Saskatchewan Medical Association
Chairman, Task Force on Mental Health Services in Saskatchewan, Mental Health Saskatchewan Association, 1980-82
Member, Working Party on Mental Health Services to the Elderly; Mental Health/Saskatchewan, 1980-81
Consultant to National Institute on Mental Retardation (New Brunswick), Bonner Case, February 1980
Consultant to Minister of Health, Rivett Enquiry, Saskatchewan Hospital, North Battleford, 1978

Annexe 6

Faculty of Medicine
University of Toronto

Le 9 janvier 1986

M. George T.H. Cooper
C.P. 730
1673 Bedford Row
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2V1

Objet : ALLAN MEMORIAL INSTITUTE
Dr D. EWEN CAMERON

Maître,

Ma lettre a pour objet de vous donner mon avis sur les aspects controversés des méthodes thérapeutiques utilisées par le Dr Cameron à l'Institut Allan Memorial (1953-1964), au sujet desquelles vous m'avez consulté. Je commencerai par indiquer les éléments d'information sur lesquels reposent mes opinions, et j'aborderai ensuite les questions dont nous avons discuté lors de notre rencontre à Toronto le 31 octobre 1985, auxquelles vous faites allusion dans la lettre que vous m'avez adressée le 26 novembre.

Fondements

Mes conclusions sont tirées à partir des éléments d'information suivants :

1. Examen de quelques travaux publiés par le Dr Cameron et ses collègues dans les revues spécialisées.

2. Examen d'autres études spécialisées parues les mêmes années dans les mêmes publications, à savoir

   a) l'American Journal of Psychiatry, volume 112 (1956)

   b) le Canadian Psychiatric Association Journal, volumes 6 (1961) et 10 (1965)

   c) Comprehensive Psychiatry, volume 3 (1962)

   d) Journal of Mental Science, volume 106 (1960)

3. Examen des notes personnelles et inédites du Dr R.A. Cleghorn, successeur du Dr Cameron comme professeur de psychiatrie à l'Université McGill et directeur de l'Institut Allan Memorial.

4. Connaissance personnelle. Lorsque j'étais étudiant en médecine à McGill au cours des années 50, et interne à l'hôpital Royal Victoria, j'ai eu quelques contacts avec le Dr Cameron et me suis quelque peu familiarisé avec ses travaux. Nos contacts sont devenus beaucoup plus étroits en 1961, lorsque j'ai été appelé, en tant que résident en médecine interne, à collaborer avec le Dr Cameron à l'Institut Allan Memorial, c'est-à-dire à oeuvrer aussi bien auprès de ses patients qui recevaient les traitements controversés (déstructuration, saturation psychique, hallucinogènes, etc.) qu'auprès de ceux qui étaient soumis à des traitements plus conventionnels de l'époque. Depuis 1963, j'exerce les fonctions de psychiatre et, à ce titre, ai été en contact avec bon nombre de collègues du Dr Cameron, aussi bien à des partisans que des détracteurs, j'ai donc pu me faire une opinion sur la place qu'occupent les travaux de ce dernier dans l'évolution de la psychiatrie. J'ai fait partie de l'équipe de psychiatres de l'Institut Allan Memorial de 1965 à 1970, après quoi j'ai occupé des postes de direction dans cette discipline, dans le milieu universitaire comme dans la pratique clinique : psychiatre en chef à l'Hôpital civique d'Ottawa et membre du corps professoral de l'Université d'Ottawa (1971-1974);

directeur et psychiatre en chef au Clarke Institute of Psychiatry et professeur et chef du département de psychiatrie à l'Université de Toronto (1974-1980). Je suis membre des associations canadienne et américaine des psychiatres, membre de l'American College of Psychiatrists et membre de diverses sociétés de psychiatres et de psychanalystes. Ma participation à ces activités m'a donné un point de vue éclairé, mais personnel, sur les travaux du Dr Cameron au cours de la période en question.

Je dois cependant souligner que je n'ai eu l'occasion d'examiner aucune demande présentée par le Dr Cameron en vue d'obtenir des crédits pour ses travaux de recherche et aucun de ses protocoles de recherche, et je n'ai vu aucun de ses patients ni n'ai revu leurs dossiers depuis mon départ du Allan Memorial.

Je ne connaissais pas le Dr Cameron sur le plan social, mes contacts avec ce dernier se résumant aux rapports professionnels qui nous unissaient lorsque j'ai fait partie de son équipe comme résident pendant trois mois en 1961, période pendant laquelle je le voyais presque tous les jours et, par la suite, de manière sporadique, lorsque j'étais résident de garde et que l'hôpital Royal Victoria faisait appel à moi pour les aspects médicaux de la thérapie suivie par un de ses patients.

Les traitements du Dr Ewen Cameron

"Rien de ce qui a transpiré jusqu'ici ne saurait être plus important pour l'humanité que d'apprendre à maîtriser le développement de la personnalité ainsi que les forces de la dynamique de groupe avant même que nous ayons mis au point un système de valeurs en la matière... En notre qualité de psychiatres, nous avons une responsabilité immémoriale face au bien-être de nos patients... Si notre connaissance de la nature humaine et les techniques que nous employons pour étudier la motivation et la mémoire ne se doublent pas d'une intégrité professionnelle et d'un intérêt réel pour l'individu et la collectivité, autrement dit si leur usage est détourné, elles peuvent devenir les armes les plus meurtrières jamais dirigées contre la dignité et la sérénité de la vie humaine." (TRADUCTION)

D.E. Cameron
Mai 1953

Il est curieux que ces mots, qui font partie de l'allocution prononcée lorsqu'il a quitté le poste de président de l'American Psychiatric Association, viennent de la bouche d'un homme qui est actuellement calomnié dans certains journaux et

revues et à la télévision, où il est présenté comme un scientifique dénué de tout scrupule, un agent ou un instrument de la CIA, qui a pratiqué des expériences "sordides" au nom de cet organisme en se servant de malades mentaux canadiens comme cobayes, contre leur gré.

Rétrospectivement, il ne fait aucun doute que les expériences les plus extrêmes du Dr Cameron ont été mal inspirées et inefficaces, et ce, surtout à long terme. Controversés même à l'époque, ces traitements ont certes pu produire des bienfaits dans certains cas, mais il est aussi possible qu'ils aient causé des torts à beaucoup de malades sur les plans affectif voire organique. À mon avis, aucun de ces traitements n'a survécu où que ce soit dans le monde. Voici en substance en quoi ils consistaient :

1. La "<u>déstructuration</u>", autrement dit une série complexe de techniques visant à anéantir des schèmes de pensée et de comportement indésirables par la production d'un mode de fonctionnement plus primitif par le cerveau et l'esprit chez les patients atteints de troubles mentaux rebelles, de façon que ces derniers puissent par la suite être "restructurés" ou reprogrammés, et adopter des

schèmes plus sains et plus indiqués. La déstructuration consistait en des séances d'électrochocs fréquentes et de longue durée, généralement à la suite d'une narcose prolongée.

2. Le recours à des psychotropes puissants et désinhibiteurs, y compris les injections de barbituriques à effets brefs doublées de l'administration d'amphétamines ou d'hallucinogènes (par exemple le LSD, la psylocybine) dans le but d'accélérer la compréhension de la psychodynamique, ce qui devait orienter le contenu de la "saturation psychique" et donner un aperçu des changements de vie souhaitables pour le patient.

3. La saturation psychique consiste en des messages "fabriqués sur mesure" qui sont passés et repassés au patient des milliers de fois par divers dispositifs électroniques, dans le but de modifier les schèmes de pensée et les attitudes du sujet.

4. L'oblitération sensorielle prolongée, où il s'agissait de supprimer autant que possible tout stimulus neurosensoriel extérieur, ce qui devait contribuer à anéantir les pensées et les comportements indésirables.

Aucune de ces techniques n'a été à proprement parler découverte par le Dr Cameron, mais c'est l'idée de les combiner, surtout dans le cas de la déstructuration et de la saturation psychique, qui a été exploitée au Allan Memorial plus que partout ailleurs dans le monde. Le Dr Cameron et certains de ses collègues ont beaucoup fait état de leurs travaux dans ce domaine dans les exposés adressés au grand public et aux milieux scientifiques ainsi que dans des ouvrages exhaustifs.

S'agissait-il de traitements judicieux?

Il est, à mon avis, vain d'évaluer l'utilité de techniques employées à la fin des années quarante, au cours des années cinquante et au début des années soixante en se fondant sur les critères d'aujourd'hui. Il est certain qu'aucun de ces traitements ne pourrait être appliqué de nos jours dans un hôpital universitaire renommé et ils ne seraient pas appuyés par un organisme de financement sérieux. Divers facteurs militeraient à l'encontre de leur utilisation, à savoir : les fondements théoriques erronés, le nombre trop grand de risques par rapport aux avantages, les lacunes inhérentes aux méthodes d'évaluation et l'absence de place faite au consentement éclairé.

La question qui se pose est de savoir si ces techniques étaient judicieuses sur les plans scientifique et médical dans le contexte de l'époque. La réponse n'est pas évidente. Il ne manquait pas alors de critiques qui s'adressaient aux travaux du

Dr Cameron. En effet, malgré l'immense prestige personnel dont ce dernier jouissait - il était généralement considéré comme le plus éminent psychiatre du Canada - il n'a pas réussi à faire adopter ses traitements de façon répandue, dans une profession qui était pourtant portée à appliquer prématurément des techniques prometteuses. Nombreux étaient les sceptiques, même dans son département à McGill. Bon nombre de psychiatres au Canada et à l'étranger considéraient que ses méthodes thérapeutiques étaient excessives, trop risquées et ne reposaient pas sur des assises théoriques sérieuses. Malgré tout, il est évident que le Dr Cameron continuait d'être vénéré dans le monde anglophone; il a été prié de donner la prestigieuse conférence de Maudsley à Londres.

Il a été élu président des associations canadienne, américaine et mondiale des psychiatres. Il a attiré un nombre considérable d'étudiants poursuivant des études supérieures et d'universitaires invités venant de partout dans le monde, et qui lui ont été adressés en raison de l'estime dont il bénéficiait et de la réputation de son programme de formation. C'est pourquoi, en dépit de la nature controversée de ses techniques thérapeutiques, qui étaient bien connues du milieu des professionnels comme du grand public, le Dr Cameron n'a pas cessé d'être acclamé comme une sommité dans le domaine de la psychiatrie au Canada et dans le monde entier. De toute évidence, ce phénomène ne se serait pas produit si ses collègues avaient jugé ses travaux non pertinents.

Il ne faut pas non plus perdre de vue que les expériences ont été menées au grand jour dans l'un des hôpitaux universitaires les plus réputés au Canada, au su des autres psychiatres, psychologues et médecins. Ces travaux ont été subventionnés non seulement par la Society for the Investigation of Human Ecology qui, on le sait maintenant, a servi de couverture à la CIA, mais aussi par des organismes de financement sérieux du Canada. Il importe également de souligner que la Société en question était rattachée à l'université Cornell, qui était et demeure un prestigieux établissement de hautes études aux États-Unis.

Lorsque les études du Dr Cameron sont comparées à d'autres comptes rendus d'expériences thérapeutiques publiés dans la littérature psychiatrique de l'époque, il semble que ses travaux n'étaient guère moins rigoureux que ceux de la plupart de ses collègues. Si l'on se fie aux normes auxquelles sont assujetties les expériences thérapeutiques faites de nos jours, on peut affirmer que les travaux du Dr Cameron sont en général plus descriptifs et moins analytiques, que le choix des sujets n'a pas toujours été rigoureux ou bien décrit, que la façon de procéder n'est pas clairement exposée, que les techniques diagnostiques types étaient moins sophistiquées, que les critères d'évaluation des résultats n'étaient pas bien précisés, que l'analyse statistique était bien moins poussée et que les données

concernant les effets à long terme des traitements étaient soit inexistantes soit inadéquates. Cependant, d'après les critères de l'époque, les travaux du Dr Cameron étaient certainement acceptables.

Expérience ou traitement

Au cours des dernières décennies, on a vu naître des politiques visant à protéger la population contre l'application prématurée de nouveaux médicaments et d'autres techniques thérapeutiques. Dans les hôpitaux, et surtout dans les hôpitaux universitaires, il existe maintenant des lignes directrices et souvent des règlements stricts qui régissent l'introduction de nouvelles thérapies. Les établissements (hôpitaux et universités) et les collègues partagent avec le médecin traitant la responsabilité de l'utilisation de traitements controversés auprès de certains patients. On établit une ligne de démarcation très nette entre l'application de divers traitements types et la réalisation d'expériences qui exigent des protocoles précis et une évaluation sérieuse. Au cours des années 1950 et au début des années 1960, la distinction était bien moins nette. Lorsqu'ils étaient confrontés à un patient, surtout à quelqu'un qui n'avait pas réagi à un traitement type, les médecins avaient davantage tendance à utiliser, de leur propre chef, des traitements moins reconnus, qui à leur avis étaient susceptibles de donner de bons résultats. C'est ainsi qu'une forte proportion

de patients ont été adressés au Dr Cameron par d'autres médecins, notamment des psychiatres, les troubles dont ils étaient atteints n'ayant pas réagi aux traitements conventionnels administrés ailleurs. Bon nombre de ces sujets, des gens souffrant de psychose et de psychonévrose grave, étaient profondément handicapés, souffraient énormément et étaient prédisposés au suicide. À une époque où d'autres mesures thérapeutiques draconiennes, maintenant mises au rancart, faisaient encore partie de la thérapie conventionnelle (par exemple l'insulinothérapie, la leucotomie et la lobotomie), les méthodes du Dr Cameron n'étaient pas jugées aussi excessives qu'elles ne le semblent, trente ans plus tard.

C'est pourquoi, même si avec le recul on considérerait maintenant les traitements du Dr Cameron comme des expériences ne pouvant être menées qu'auprès d'un nombre restreint de sujets et devant faire l'objet d'une évaluation scientifique très rigoureuse avant de pouvoir être appliqués de façon générale, ils étaient à l'époque perçus comme des tentatives héroïques, bien qu'extrêmes, en vue d'aider les patients qui souffraient et ne réagissaient pas à des traitements conventionnels. Je crois pour ma part qu'un des principaux facteurs de motivation du Dr Cameron (outre l'avancement professionnel) était son désir de venir en aide à ses patients.

La déontologie médicale des années cinquante par rapport à celle des années quatre-vingts

Les grands principes moraux qui régissent la pratique de la médecine, et dont l'établissement remonte aux temps d'Hippocrate, de Maimonide et de bien d'autres, n'ont pas changé au cours des trente dernières années. À l'époque du Dr Cameron, le médecin était, comme il l'est encore maintenant, moralement tenu de placer le bien-être de ses patients au-dessus de toute autre considération, notamment l'intérêt personnel, les objectifs de la recherche et les objectifs poursuivis par les organismes de financement. En outre, la doctrine du primum non nocere (il ne faut surtout pas nuire au patient) était enseignée aux étudiants en médecine à l'époque comme elle l'est maintenant. On pourrait en effet soutenir que les traitements appliqués par le Dr Cameron transgressaient ces deux préceptes moraux communément admis.

Le problème tient à la complexité du débat et à la façon dont on évalue les facteurs en cause. Le Dr Cameron pourrait très bien avoir été personnellement convaincu que son approche novatrice bien que dangereuse, qui lui a valu beaucoup d'honneur à l'époque et de notoriété par la suite, visait avant tout l'intérêt des patients. Autrement dit, à la lumière de son évaluation de s avantages par rapport aux risques, il aurait très bien pu décider que l'application de traitements non éprouvés et

risqués était justifiée parce que les thérapies conventionnelles n'avaient pas grand chose à offrir dans ces cas. C'est un point de vue qui est souvent adopté de nos jours auprès des patients dont la vie est en danger ou qui souffrent d'une maladie rebelle et à qui l'on offre des traitements tels que des greffes du coeur ou du foie, des médicaments hautement toxiques contre le cancer, des interventions chirurgicales à la moëlle épinière, etc. Il est maintenant très difficile de déterminer si en fait le Dr Cameron croyait vraiment agir pour le plus grand bien de ses patients. Les points de vue sur la question divergent, bien que la plupart de ceux qui ont eu des contacts personnels avec le Dr Cameron croient en sa bonne foi, et j'abonde dans leur sens.

Toutefois, il est juste d'affirmer que plus il était convaincu de la valeur de ses innovations thérapeutiques, plus les critères qu'il appliquait pour recruter des patients pour ses traitements controversés semblaient s'élargir. Ainsi, lorsque j'ai été moi-même appelé à travailler auprès de ses sujets (1961), j'ai eu l'impression que bon nombre de patients schizophrènes qui étaient "déstructurés" n'avaient pas préalablement eu la possibilité d'essayer sérieusement le traitement à la phénothiazine qui existait alors, et bon nombre de patients atteints de psychonévrose, qui recevaient des hallucinogènes et qui étaient soumis à la saturation psychique auraient peut-être bien réagi à une psychothérapie conventionnelle. Bien entendu, à l'époque, je ne faisais que

débuter dans la profession et j'étais relativement peu expérimenté en psychiatrie; cependant, même avec le recul, après plus de vingt années de pratique et d'enseignement en psychiatrie, mon point de vue sur la question demeure le même.

Le grand changement survenu sur le plan de la déontologie médicale depuis les années cinquante a été la codification de ces principes dans les hôpitaux et dans le domaine de la recherche pratiquée sur les êtres humains. Les comités de déontologie des universités et des hôpitaux sont maintenant composés de représentants de domaines très divers, autrement dit ils comptent souvent non seulement des médecins et d'autres professionnels de la santé mais également des avocats, des membres du clergé et des membres du grand public. Ces comités exigent maintenant d'avoir l'assurance que les traitements risqués et non éprouvés sont davantage susceptibles d'aider les patients que de leur nuire, et que toutes les possibilités moins dangereuses ont d'abord été exploitées. De nos jours, les comités de déontologie n'approuveront pas les recherches sur les êtres humains qui ne sont pas fondées sur le plan scientifique, qui ne risquent pas de profiter directement aux sujets ou à l'ensemble de l'humanité. La situation était toute autre au cours des années cinquante en ce sens qu'on était alors moins soucieux de veiller à ce que les innovations thérapeutiques et la recherche sur les êtres humains répondent à ces critères. À l'époque, la marge de manoeuvre laissée au médecin traitant était beaucoup plus grande.

Il s'est produit un autre changement du même ordre, à savoir l'obligation d'obtenir le consentement éclairé de la part des patients (des sujets) ou, si ces derniers ne sont pas en mesure de le faire, de la part d'un proche parent ou des tuteurs. Selon les règlements appliqués dans les hôpitaux en matière de traitement et de recherche, il faut d'abord expliquer clairement et de façon détaillée aux patients ou à leur famille toutes les étapes du traitement, leur raison d'être et les risques possibles ainsi que les solutions de rechange disponibles et obtenir ensuite qu'ils donnent leur consentement par écrit, en toute connaissance de cause. En effet, beaucoup d'organismes de financement exigent une preuve de ce consentement comme le font bon nombre de revues scientifiques avant de prendre en considération les demandes d'aide au titre de la recherche ou de publication de manuscrits.

Au cours des années cinquante, les exigences étaient bien moins rigoureuses. On tenait souvent pour acquis que le consentement général au traitement donné par le patient au moment de l'admission à l'hôpital constituait une autorisation suffisante pour l'application de toute une gamme de techniques thérapeutiques. En ce qui concerne la participation aux recherches, notamment aux expériences thérapeutiques, le consentement donné par le malade était loin d'être aussi rigoureux qu'il l'est aujourd'hui. Il ne faut donc guère s'étonner de ce que beaucoup de gens qui ont été traités par le

Dr Cameron affirment maintenant ne pas avoir été à l'époque pleinement renseignés au sujet des traitements qu'ils recevaient. Selon le climat thérapeutique qui régnait encore alors, le patient partait du principe que le médecin traitant exerçait un certain paternalisme, ce qui était d'autant plus marqué lorsque le médecin en question avait la renommée et la stature du Dr Cameron.

Quelle était la part de responsabilité des organismes de financement?

C'est une question à laquelle il m'est difficile de répondre en ce qui a trait aux travaux du Dr Cameron. Ainsi que je l'ai déjà souligné, je n'ai vu aucune de ses demandes de recherche et aucun de ses protocoles et je ne suis pas au courant de courrier échangé avec les organismes de financement ou de leurs dossiers. C'est pourquoi je dois me borner à faire quelques observations d'ordre général sur la question.

Les organismes de financement comptaient alors et comptent toujours sur trois types de garanties pour veiller que les normes scientifiques, médicales et morales soient rigoureuses : la qualité de leur mécanisme d'examen des demandes; le dévouement et l'expertise des spécialistes chargés de l'examen et l'intégrité des auteurs des demandes d'aide au titre de la recherche. Les organismes de financement doivent veiller à

exiger les renseignements pertinents au sujet des projets de recherche (y compris leur raison d'être, les méthodes de recherche et d'analyse des données); ils doivent s'assurer que le projet est examiné par des spécialistes du domaine qui en déterminent la pertinence, l'importance et la validité scientifique; que les bénéficiaires possèdent la réputation et les qualités voulues sur les plans professionnel et scientifique. La seule différence par rapport à aujourd'hui c'est que les critères sont maintenant mieux appliqués et que le consentement éclairé des sujets est explicitement exigé.

Bien entendu, les organismes de financement ne sont pas à l'abri des erreurs, puisqu'ils font appel à des êtres humains, donc non infaillibles, pour l'établissement d'un mécanisme d'examen et l'examen proprement dit des projets de recherche. Il arrive qu'ils subventionnent des recherches qui n'ont aucune valeur scientifique ou qui présentent peu d'intérêt pour la société, ou encore, qui ne sont pas moralement irréprochables. En outre, une fois qu'ils ont accordé une aide financière, ils doivent compter que le bénéficiaire mènera les recherches telles qu'elles ont été proposées et approuvées et selon les normes scientifiques et morales élevées.

Évidemment, à partir du moment où un organisme apprend que les recherches ne répondent pas vraiment à l'une de ces exigences, il est fort peu probable qu'il continue d'avaliser

d'autres demandes. Lorsque les bénéficiaires voient leur subvention renouvellée, c'est signe que l'organisme juge leurs travaux scientifiquement et moralement valables.

Un autre moyen de protection consiste en la publication subséquente des travaux. Les grandes revues médicales et scientifiques prévoient toutes des mécanismes d'examen sérieux pour la sélection des manuscrits destinés à être publiés. En règle générale, les organismes de financement ne renouvelleront les subventions ni n'en octroieront de nouvelles aux chercheurs qui ne sont pas en mesure de faire publier leurs travaux dans les revues spécialisées, où ils sont soumis à l'examen critique de leurs confrères. Autrement dit, il y a un second groupe de confrères, souvent dans un autre pays, qui revoient les travaux des chercheurs en question pour en déterminer la valeur scientifique, la pertinence et la conformité aux normes morales.

Le fait que deux groupes d'experts, à savoir le comité d'examen ou de consultation de l'organisme de financement et le comité d'examen de la revue spécialisée, aient continué d'accueillir favorablement les demandes d'aide et les manuscrits du Dr Cameron montre que, de l'avis de ses confrères, les critères scientifiques, médicaux et moraux de l'époque étaient respectés.

Résumé

En substance, mon point de vue est le suivant :

1. Les traitements controversés du Dr Cameron (déstructuration, saturation psychique, narcothérapie, oblitération sensorielle prolongée et administration d'hallucinogènes) étaient inefficaces et, selon les données d'aujourd'hui, contre-indiqués.

2. Ils étaient cependant médicalement acceptables dans le contexte de l'époque.

3. Ils étaient aussi, dans ce contexte, généralement considérés comme des tentatives extrêmes pour venir en aide à des patient qui ne réagissaient pas à des traitements plus conventionnels; autrement dit, ils n'étaient pas dans l'ensemble inconsidérés.

4. On peut s'interroger sur la question de savoir si le Dr Cameron a transgressé les normes médicales et morales. Il était sans doute personnellement convaincu que ses traitements visaient l'intérêt de ses patients en ce sens que les bienfaits possibles et l'absence de solutions de rechange efficaces l'emportaient sur les risques. De toute évidence, il y a là matière à débat.

5. Le fait que certains patients du Dr Cameron n'aient pas consenti au traitement en parfaite connaissance de cause n'était pas inhabituel dans le contexte de l'époque.

6. Les organismes de financement se fiaient et se fient toujours au jugement des confrères et à l'intégrité du bénéficiaire pour assurer le maintien des normes scientifiques, médicales et morales élevées. Outre l'aide controversée accordée par la Society for the Investigation of Human Ecology, des organismes de financement sérieux du Canada ont évalué les projets de recherche du Dr Cameron et des revues psychiatriques sérieuses ont publié ses manuscrits après les avoir soumis au jugement de ses confrères.

   Les confrères du Dr Cameron étaient parfaitement au courant des traitements qu'il poursuivait et, pourtant, l'ont autant acclamé que critiqué, lui ont conféré des honneurs et réservé des postes de prestige.

J'espère que mon point de vue vous sera utile dans la préparation de votre rapport adressé à l'honorable John Crosbie, ministre de la Justice du Canada.

Frédérick H. Lowy, M.D.
Doyen

CURRICULUM VITAE

Frederick H. Lowy

Personal

Born: January 1, 1933, Grosspetersdorf, Austria
Canadian Citizenship: December 2, 1950
Married: Wife - Mary Kay O'Neil-Lowy, PhD; 4 children
Address: 338 Inglewood Drive
Toronto Ontario M4T 1J6
Telephone: 482-4063 (home)
978-6584 (office)

Present Positions

1980- Dean, Faculty of Medicine, University of Toronto
1974- Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto
1985- Vice-President, Association of Canadian Medical Colleges
1985- Chairman, Council of Ontario Faculties of Medicine

Other Appointments

1973- Consultant, Ontario Cancer Institute
1975- Consultant, Addiction Research Foundation
1975- Consultant, Mount Sinai Hospital
1975- Consultant, North York General Hospital
1975- Consultant, Princess Margaret Hospital
1975- Consultant, Sunnybrook Medical Centre
1975- Consultant, St. Michael's Hospital
1975- Consultant, Toronto General Hospital
1975- Consultant, Toronto Western Hospital
1975- Consultant, Women's College Hospital
1975- Consultant, Wellesley Hospital
1980- Consultant, Clarke Institute of Psychiatry
1981- Member, Board of Trustees, Sunnybrook Medical Centre
1981- Member, Board of Trustees, Ontario Cancer Institute
1984- Member, Board of Trustees, Mount Sinai Hospital
1984- Member, Board of Trustees, Toronto General Hospital
1984- Member, Board of Trustees, Toronto Western Hospital
1984- Member, Board of Trustees, Eye Research Institute of Ontario

Education

1. Elementary schools in Lisbon, Philadelphia, Montreal.
2. Baron Byng High School, Montreal, 1946-50
3. Machon Lemadrichei Chutz Laaretz (Institute for Youth Leaders from Abroad), Jerusalem, Israel, 1952-53
4. McGill University, Faculty of Arts 1950-52, 1953-55
5. McGill University, Faculty of Medicine, 1955-59

Academic and Professional Qualifications

1955 B.A. (Psychology), McGill University, Montreal
1959 M.D., C.M., McGill University
1959 Licensee, Medical Council of Canada
1960 Licensee, National Board of Medical Examiners, USA
1965 Certificant in Psychiatry, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada - CRCP (C)
1967 Diplomate, American Board of Psychiatry and Neurology
1970 Graduate, Canadian Institute of Psychoanalysis
1971 Fellow, Royal College of Physicians and Surgeons - FRCP (C)

Professional Post Graduate Education

1959-60 Rotating internship, Royal Victoria Hospital, Montreal
1960-61 Junior Assistant Resident in Medicine, Royal Victoria Hospital, Montreal
1962-64 Resident in Psychiatry, University of Cincinnati College of Medicine and related hospitals, Cincinnati, Ohio
1964-65 Chief Resident in Psychiatry, Cincinnati General Hospital and Veteran's Administration Hospital, Cincinnati, Ohio
1966-70 Training in Psychoanalysis, Canadian Institute of Psychoanalysis, Montreal

Previous Appointments - University

1965-66 Demonstrator, Department of Psychiatry, McGill University
1966-68 Lecturer, Department of Psychiatry, McGill University
1968-70 Assistant Professor of Psychiatry, McGill University
1971-72 Associate Professor of Psychiatry, University of Ottawa
1973-74 Professor, Department of Psychiatry, University of Ottawa
1974-80 Professor and Chairman, Department of Psychiatry, University of Toronto

Previous Appointments - Hospital

1965-67 Clinical Assistant in Psychiatry, Royal Victoria Hospital, Allan Memorial Institute, Montreal
1967-69 Assistant Psychiatrist, Royal Victoria Hospital, Montreal
1969-70 Associate Psychiatrist, Royal Victoria Hospital, Montreal
1971-74 Psychiatrist-in-Chief, Ottawa Civic Hospital
1971-80 Director and Psychiatrist-in-Chief, Clarke Institute of Psychiatry,
Toronto

Professional Editorial Posts

1971-72 Associate Editor - Canadian Psychiatric Association Journal
1973-76 Editor - Canadian Psychiatric Association Journal (now Canadian Journal of Psychiatry)
1974-76 Editorial Board - Canada's Mental Health
1976- Editor Emeritus, Canadian Journal of Psychiatry
1977- Editorial Board, Montage
1978- Corresponding Editor - The International Journal of Psychiatry in Medicine
1978- Editorial Board - Psychiatry, Medicine and Primary Care
1983- Editorial Board - Social Psychiatry

Research Positions

Director, Sleep and Dream Laboratory, Allan Memorial Institute, Montreal. from its organization in May 1967, until December 1970.
Head, Psychotherapy Research Section - Clarke Institute of Psychiatry, from its organziation in 1978 to 1980.

Major Organizational and Administrative Appointments

Premedical

President, Student's Council, Baron Byng High School, Montreal 1949
Managing Editor (1953) and Editor (1954) McGill Daily
Student's Executive Council, McGill University (1953-54 and 1958-59)

Medical (Undergraduate)

Editor, CAMSI Journal (Canadian Association of Medical Students and Interns) 1958-59
President, McGill Medical Class of '59'.

Medical (Post graduation)

Member, Development Committee, Royal Victoria Hospital, Montreal, 1968-70.
Secretary, Consortium of Faculty, Department of Psychiatry, McGill University 1969-70.
Program Chairman, 7th Annual Convention, Quebec Psychiatric Association 1971
Member, Medical Advisory Committee, Ottawa Civic Hospital, 1971-74.
Secretary, Medical Advisory Committee, Ottawa Civic Hospital, 1973-74.
Member, Executive Committee, Ottawa Civic Hospital, 1973-74.
Chairman, Credentials Committee, Ottawa Civic Hospital, 1973-74.
Member, Task Force on Demonstration Model Grants, Health Research Committee, Ontario Council of Health, 1972-74
Member, Advisory Board, Ontario Mental Health Foundation, 1972-78
Member, Search Committee for Chairman of Psychiatry, University of Ottawa, 1973
Member, Examining Board (Psychiatry), Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 1972-77. (Chairman - 1975-77)
Member, Executive Committee and Dean's Senior Advisory Committee, Faculty of Medicine, University of Toronto (1976-78)
Member, Program Committee, American Psychiatric Association (1976-80)
Nucleus Member, Speciality Committee, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (1977-81)
Reviewer, Department of Psychiatry, University of British Columbia, 1979
Reviewer, (for Royal College), University of Montreal, 1980
Reviewer, Department of Psychiatry, McMaster University, 1983
Reviewer, Department of Psychiatry, Queen's University, 1984
Consultant, Sultan Qaboos University, Sultanate of Oman, 1984
Member, Council of Ontario Faculties of Medicine (1980-)
Vice-Chairman, Council of Ontario Faculties of Medicine (1983-)
Member, Senior Advisory Group, University of Toronto (1982-)
Member, Executive, Association of Canadian Medical Colleges (1982-)
Member, Board of Regents, American College of Psychoanalysts (1983-85)

Societies

Alpha Omega Alpha
Canadian Medical Association
Canadian Psychiatric Association
Ontario Psychiatric Association
Canadian Psychoanalytic Society
International Psycho-Analytical Association
American Psychiatric Association (Fellow)
American College of Psychiatrists (Fellow)
American College of Psychoanalysts (Fellow)
American Psychosomatic Society
Association for Psychophysiological Study of Sleep and Dreams
American Association for the Advancement of Science
International College of Psycosomatic Medicine (Fellow)
Academy of Medicine, Toronto
Society for Psychotherapy Research

Honours

Dr. F.R. Eccles Memorial Lecturer, University of Western Ontario February 1975
Fellow, American Psychiatric Association, 1975
Fellow, American College of Psychiatry, 1979
Fellow, American College of Psychoanalysts, 1979
Fellow, International College of Psychosomatic Medicine, 1979
Member, Benjamin Rush Society (USA), 1981
Award of Merit, McGill Society of Toronto, 1984

Major Presentations at Scientific Meetings and Invited Lectures

1964: - (with H.W. Wylie, Jr. and P. Lazaroff): The Death of a Patient in a Psychotherapy Group. Annual meeting, American Group Psychotherapy Association, New York, January 1964.

1967: - (with Z.J. Lipowski): The Aims and Techniques of Psychiatric Consultation in Medicine. Annual meeting, Canadian Psychiatric Association, Quebec, June 15, 1967.

1968: - (with R.M. Wintrob and B.K. Dhindsa): Man and his Anxiety. Annual meeting, Quebec Psychiatric Association, Montreal, May 3, 1968.

1969: - (with R.A.H. Kinch, B.K. Lewis, R.N. MacDonald and C.R. Scriver): The Teaching of Behaviour, Growth and Development in the Preclinical Years of Medicine. Annual meeting, Quebec Psychiatric Association, Quebec, May 22, 1969

1969: - (with R.M. Wintrob, B. Borwick, G. Garmaise and H.O. King): A Follow-up study of Emergency Psychiatric Patients and Their Families: Methodological Problems. Annual meeting, Canadian Psychiatric Association, Toronto, June 11, 1969.

1970: - (with T.K. Kolivakis): Autocastration by a Male Transsexual: Case Report and Some Notes on the Management of Transsexualism. Annual meeting, Canadian Psychiatric Association, Winnipeg June 19, 1970.

1970: - Is Abreaction Always Desirable? The Misuse of an Early Psychoanalytic Concept. Group without a Name Psychiatric Research Society, Montreal, October 16, 1970.

- Tetrahydrocannabinol and Sleep. Joint meeting, Montreal Physiological Society and Medicinal Chemists Division of Chemical Institute of Canada, Pointe Claire, Ottawa, January 23, 1971

- (with R. Broughton and J. St. Laurent): Significance for Psychiatrists of Current Sleep and Dream Research. Annual meeting, Quebec Psychiatric Association, Sherbrooke, Quebec April 22, 1971

- (with B. Humphrey, P. Beck, D.J. Lewis, A. Schwartzman and L. Stephens): Response to a Medicare Strike in a Psychiatric Hospital. Annual meeting, Canadian Psychiatric Association, Halifax, June 12, 1971.

1972: - Patients who Somatize, Annual meeting, Ontario Psychiatric Association, Toronto, January 29, 1972

- Psychoanalytic Dream Theory in the Light of Recent Dream Research, Ottawa Psychoanalytic Group, March 27, 1972

- Research on Dreams - Some Current Issues. Ottawa Academy of Medicine, Section on Psychiatry, April 4, 1972

- The Psychology of Sleep - Some Current Issues. First Canadian International Symposium on Sleep. McGill University, Montreal, April 14, 1972.

- The Psychiatrist-Physician Relationship in General Hospitals: Present and Future. Annual meeting, Ontario Medical Association. Toronto, May 11, 1972.

- Clinical Dream Interpretation in the Light of Modern Sleep Research. Ontario Psychiatric Association, Huntsville, September 30, 1972.

1973: - (with R. Melzack, R. Nelson and E. Peterson): Current Concepts of Pain Mechanisms. Ottawa Neurosciences Society, November 15, 1973

1974: - The Chronic Somatizer - Treatment Strategies. Maurice Levine Society, University of Cincinnati, Cincinnati, Ohio, October 12, 1974

1975: - Strategies in the Management of Chronic Pain. The Dr. F. R. Eccles Memorial Lecture, University of Western Ontario, London, February 5, 1975

- Psychiatric Aspects of Pain. Invited Lecture University of Connecticut Health Centre, Department of Psychiatry, April 16, 1975

1976: - The Impact of Community Psychiatry on Psychiatric Teaching. Association of Psychiatric Outpatient Centers of America, Montreal, June 4, 1976

1977: - Issues in the Treatability of the Neuroses. Invited address, Ontario Psychological Association, February 11, 1977

1978: - (with E.F Guirguis, H.B. Durost, J.T.D. Glaister, J.J. Jeffries and G. Warme): The Use of Mechanical Restraints: Current Status. Ontario Psychiatric Association, January 26, 1978

- A Reconsideration of Agoraphobia. Canadian Psychoanalytic Society, Toronto, March 28, 1978

- Seldom Discussed Issues in Psychotherapy. Annual Meeting Canadian Psychiatric Association, Halifax, October 18, 1978

1979: - Some Remarks on Epidemic Hysteria. Invited Lecture, Cincinnati Psychiatric Society, Cincinnati, Ohio, May 2, 1979

- (with S. Greben, R. Smith, P. Steinhauer and G. Voineskos): The Psychiatric Training of Medical Students: Current Issues and Future Directions. Annual Meeting, Canadian Psychiatric Association, September 26, 1979

1980: - Psychotherapy for the 1980's. Invited Address to the Annual Meeting, Association of Psychiatric Outpatient Centers of America, June 1980

1981: - (with S. Hosenbocus, P. Leichner, H. Prosen and H. Kravits): The Oral Certification Examination in Psychiatry. Annual Meeting, Canadian Psychiatric Association, Winnipeg. September 23, 1981

- (with F.G. Sommers, J.D. Griffin, and R.O. Jones): Medical and Psychological Effects of Nuclear War and the Nuclear Arms Race. Annual Meeting, Canadian Psychiatric Association, Winnipeg, September 24, 1981

- (with J.M. Cleghorn and V.M. Rakoff): The Role of Psychoanalysis in Contemporary Psychiatric Training. Annual Meeting, Canadian Psychiatric Association, Winnipeg, September 25, 1981

1982: - The Use and Abuse of Drugs in the Treatment of Anxiety. Saudi Arabian Annual Medical Meeting, King Faisal University, Dammam, Saudi Arabia.

- (with J.M. Cleghorn): Psychodynamics in the Training of Psychiatric Residents. Annual Meeting, American College of Psychoanalysts, May 15, 1982

- Psychotherapy: A Personal View. Academy of Medicine, Toronto, December 9, 1982

1983: - Psychotherapy and the Education of Psychiatrists. Invited Lecture, Montreal General Hospital and McGill University Department of Psychiatry. Montreal, April 15, 1983

- The Mission of the Physician: The Relationship of Science to Human Values. The Edward Brooks Memorial Lecture, St. Michael's Hospital, Toronto, June 23, 1983

- The Status of Psychotherapy Today. Invited Lecture, Department of Psychiatry, University of Manitoba, Winnipeg, October 4, 1983

1984: The Impaired Physician: The Role of the Medical School. Annual Meeting, The Royal College of Physicians & Surgeons, Montreal, September 12, 1984

External Teaching and Lecturing since coming to Toronto

1974	University of Ottawa University of Cincinnati
1975	University of Western Ontario University of Connecticut Dalhousie University McGill University
1976	McGill University St. Vincent's Hospital National University of Ireland, Dublin Memorial University of Newfoundland
1977	University of British Columbia
1978	University of Ottawa
1979	University of Cincinnati
1980	McMaster University
1982	King Faisal University, Dammam, Saudi Arabia
1983	McGill University University of Manitoba Beijing Hospital, Beijing China Sichuan Medical College, Chengdu China
1984	McGill University

Publications

A. In Books

1972: Lowy, F.H. : The Psychology of Sleep - Some Current Issues. In McClure, D.J. (Ed) First Canadian International Symposium on Sleep: Proceedings April, 1972. Roche Scientific Service, Hoffman - LaRoche, Vaudreuil, Quebec, 1972

1976: Lowy, F.H.: Delirium: Method of Treatment. In Current Therapy 837-839, Ed by H.G. Conn, Philadelpha: W.B. Saunders & Co. 1976

1977: Lowy, F.H.: Management of a Persistent Somatizer. Psychosomatic Medicine Z.J. Lipowski, D.R. Lipsitt, P.C. Whybrow (Eds) New York: Oxford University Press, 1977

1978: Lowy, F.H.: The Impact of Community Psychiatry on Psychiatric Teaching. In J.M. Divic and M. Dinoff (eds) Community Psychiatry - Review and Preview University of Alabama Press

1978: Lowy, F.H.: Case Discussion, in H. Davanloo (Ed) Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy Jamaica, N.Y. : Spectrum Publications, 1978

1979: Lowy, F.H.: The Pendulum Swings from Society to the Individual, in D.N. Weisstub (Ed) Law and Psychiatry II, New York: Pergamon, 1979

1979: Lowy, F.H.: Full Cycle in Child Mental Health. In S.J. Shamsie (ed) New Directions in Children's Mental Health Jamaica N.Y.: Spectrum Publications, 1979

1980: Lowy, F.H.: The Use of Drugs and Other Treatments in Depression in F.J. Ayd (Ed) Clinical Depressions: Diagnostic and Therapeutic Challenges, 1980

1980: Greben, S.E., Pos, R., Rakoff, V., Bonkalo, A., Lowy, F.H., and Voineskos, G. (Eds) A Method of Psychiatry Philadelphia: Lea & Febiger, 1980 375 pages.

1980: Voineskos, G. and Lowy, F.H.: Psychiatric Emergencies. In S.E. Greben et al. A Method of Psychiatry pp 267-274

1980: Voineskos G. and Lowy, F.H.: Suicide and Attempted Suicide. In S.E. Greben et al. A Method of Psychiatry pp 275-280

1980: Lowy, F.H.: Psychiatric Treatment: General. In S.E. Greben et al. A Method of Psychiatry pp 281-288

1980: Lowy, F.H. and Pos, R.: Psychotherapy and Behavior Therapy, In S.E. Greben et al. A Method of Psychiatry, pp 289-296

1980: Lowy, F.H.: Referral to the Psychiatrist. In S.E. Greben et al. A Method of Psychiatry, pp 339-344

1984: Lowy, F.H.: Treatment of the Anxiety Disorders, Somatoform Disorders, Dissociative Disorders and Personality Disorders. In Endler, N.S. and Hunt H. McV. Personality and Behaviour Disorders, 2nd Edition New York: John Wiley & Sons, 1984

1984: Lowy, F.H.: Anorexia Nervosa: a paradigm for mind-body interdependence? In Darby, P.L., Garfinkel, P.E., Garner, D.M., and Coscina, D.V. (Eds) Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research, New York: Allan R. Liss 1984.

1985: Voineskos, G. and Lowy, F.H. : Psychiatric Emergencies in Greben, S.E., Rakoff, V.M. and Voineskos, G. A Method of Psychiatry, 2nd Edition, Philadelphia: Lea & Febiger, 1985

1985: Voineskos, G. and Lowy, F.H. Suicide and Attempted Suicide, in Greben, S.E., Rakoff, V.M. and Voineskos, G. A Method of Psychiatry, 2nd Edition, Philadelphia: Lea & Febiger, 1985.

1985: Lowy, F.H. : Referral to the Psychiatrist. In Greben, S.E., Rakoff, V.M. and Voineskos,G. A Method of Psychiatry, 2nd Edition, Philadelphia: Lea & Febiger, 1985.

B. In Refereed Journals

1957: Lambert, W.E. and Lowy, F.H.: Effects of the Presence and Discussion of Others on Expressed Attitudes. Canadian Psychol. II: 151-163, 1957

1964: Wylie, H.W. Jr., Lazoroff, P. and Lowy, F.H.: A Dying Patient in a Psychotherapy Group. Internat. J. Group Psychother. 14: 482-490, 1964

1965: Lowy, F.H.: The Neuropsychiatric Complications of Viral Hepatitis, Canad. Med. Assoc J. 92: 237-239, 1965.

1969: Lowy, F.H., Wintrob, R.M. and Dhindsa, B.K.: Psychiatric Emergencies at Expo '67, Canada. Psychiat. Assoc. J. 14: 47-52, 1969

1969: Lowy, F.H., Wintrob, R.M. and Dhindsa, B.K.: Man and his Anxiety. Laval Medical 40: 966-970, 1969

1970: Lowy, F.H., Recent Sleep and Dream Research: Clinical Implications Canadian Medical Assoc. J. 102: 1069-1077, 1970

1970: Lowy, F.H.: Sleep Research and Scientific Change. Canadian Med. Assoc. J. 102: 1105-1106, 1970 (unsigned editorial)

1970: Kinch, R.A.H., Lewis, D.J., Lowy, F.H., MacDonald, R.N. and Scriver, M.D.: The Teaching of Behaviour, Growth and Development in the Preclinical Years of Medicine. Laval Medical 41: 495-499, 1970. Also published in Milbank Memorial Fund Quarterly 49: 228-243 (April) 1970

1970: Lowy, F.H.: The Abuse of Abreaction: An Unhappy Legacy of Freud's Cathartic Method. Canad. Psychiat. Assoc J. 15: 557-567, 1970

1970: Lewis, D.J. and Lowy, F.H.: The Well-Tempered Psychiatrist: Robert Allan Cleghorn, M.D. Canad. Psychiat. Assoc. J. 15: 513-514, 1970

1971: Lowy, F.H., Wintrob, R.M., Borwick, B., Garmaise, G. and King, H.O.: A Follow-up Study of Emergency Psychiatric Patients and their Families: Methodological Problems. Comprehensive Psychiat. 12: 36-47, 1971

1971: Lowy, F.H.: Lessons from Emergencies: Canad. Psychiat. Assoc. J. 16: 103-104, 1971

1971: Lowy, F.H., Cleghorn, J.M. and McClure, D.J.: Sleep Patterns in Depression. J. Nerv. Ment. Dis. 153: 10-26, 1971

1971: Lowy, F.H.: New Directions in Dream Psychology Research Canad. Psychiat. Assoc. J. 16: 399-406, 1971

1971: Lowy, F.H. and Kolivakis, T.K.: Autocastration by a Male Transsexual. Canadian Psychiat. Assoc. J. 16: 399-406, 1971

1971: Cleghorn, R.A., Cleghorn, J.M. and Lowy F.H.: Contributions of Behavioural Sciences to Health Care. Milbank Memorial Fund Quart. 49: 158-174, 1971

1973: Lowy, F.H., Engelsmann, F. and Lipowski, Z.J.: Study of Cognitive Functioning in a Medical Population. Comprehensive Psychiatry, 14: 331-337, 1973

1973: Lowy, F.H.: Psychiatric Research. Canad. Psychiat. Assoc. J. 18: 91-92, 1973

1974: Lowy, F.H.: Renaissance of Psychiatric Diagnosis. Canad. Psychiat. Assoc. J. 19: 233-254, 1974

1975: Lowy, F.H.: Editorial: Clarence B. Farrar, 1874-1970, and the History of Psychiatry in Canada. Canad. Psychiat. Assoc. J. 20: 1-2, 1975

1975: Lowy, F.H.: Management of the Persistent Somatizer. International Journal of Psychiatry in Medicine 6: 227-239, 1975

1976: Lowy, F.H.: The State of the Specialty. Canad. Psychiat. Assoc. J. 21: 504-505, 1976

1979: Lowy, F.H. and Jones R.O.: The Canadian Certification Examination in Psychiatry I - Historical Notes. Canad. J. Psychiatry 24: (4), 1979

1979: Lowy, F.H. and Dongier, M.: The Canadian Certification Examination in Psychiatry II - Who Passes and Who Fails. Canad. J. Psychiatry 24: (4) 1979

1979: Lowy, F.H. and Prosen, H.: The Canadian Certification in Psychiatry III - Towards Better Certification Techniques Canad. J. Psychiatry 24: (4) 1979

1980: Lowy, F.H. and Thornton, J.: To be or not to be a psychiatric chief resident: Factors in Selection. Canad. J. Psychiatry 25: 121-126, 1980

1981: Ban, T.A., Brown, W.T., Da Silva, T., Gagnon, M., Lamond, C.T., Lehmann, H.E., Lowy, F.H., Ruedy, J., Sellers, E.M.: Canad. Med. Assoc. J. 124: 1439-1446, 1981

1981: Lippmann, D.H., Lowy, F.H., and Rickhi, B.: Attitudes of Ontario Psychiatrists towards health insurance. Canad. Med. Assoc. J. 125: 167-170, 1980

1981: Voineskos, G., Greben, S.E., Lowy, F.H., Smith, F.L., and Steinhauer, P.D.: The psychiatric training of medical students. Canad. J. Psychiatry 26: 301-308, 1981

1984: Roncari, D.A.K., Salter, R.B., Till, J.R., and Lowy, F.H.: Is the clinician-scientist really vanishing? Encouraging results from a Canadian institute of medical science, Canad. Med. Assoc. J. 130: 977-979, 1984

C. In Other Journals and Periodicals

1972: Lowy, F.H.: The Psychiatrist-Physician Relationship in General Hospitals: Present and Future. Ontario Medical Review, 727-732, December 1972

1975: Berg, J.M., Lowy, F.H.: XYY Syndrome: A comment. Modern Medicine of Canada. 30: 8, 692-693, August, 1975

1979: Editorial Board - A Resident's Guide to Psychiatric Education M.G.G. Thompson (Ed) New York: Plenum Publishing, 1979

1979: Lowy, F.H.: The Neurosciences at the Clarke Institute of Psychiatry. Trends in Neuroscience. 2: X-XI, October, 1979

1981: Lowy, F.H.: The Future Physician: Labyrinth of Expectations. The Medical Graduate 26: 5-7, 1981

1981: Lowy, F.H.: The Dean's Challenge. University of Toronto Medical Journal, January 1982. pp 34-37

1982: Lowy, F.H.: The Alumni and the Faculty: Why Support Human Nutrition. The Medical Graduate 27: 4-5, 1982

1982: Lowy, F.H.: Preventing the Ultimate Epidemic, Re: Action (Canad. Mental Health Assoc.) Fall, 1982

1983: Lowy, F.H.: Psychotherapy in the 1980's POCA Press: 15: 13-19, 1983 (Psychiatric Outpatient Centres of America)

1983: Lowy, F.H.: The Faculty looks to the Alumni, The Medical Graduate 28, 4-5, 1983

1984: Lowy, F.H.: Towards Better Communication, Tablet (Fac. of Med, U. of T.) 1, 1-2, 1984

1985: Lowy, F.H. On Communication and Research, Tablet (Fac. of Med, U. of T.) Vol 1, No. 2, p 3

1985: Lowy, F.H. From Competence to the Pursuit of Excellence, Tablet (Faculty of Medicine, University of Toronto Vol 1, No. 3, p 2.

1985: Lowy, F.H. The 1985 Noble Peace Prize, Tablet (Faculty of Medicine, University of Toronto) Vol 1, No. 4, P 2.